



Máster en Bioética y Bioderecho  
(Interuniversitario)  
ULL-ULPGC

“Ingresos involuntarios en pacientes  
con discapacidad mental. Protección  
de los derechos fundamentales.”

Trabajo de fin de máster  
Curso 2021-2022

Alumna: María Velasco Rodríguez-Solís  
Tutor: Domingo Fernandez Agis

El dolor mental es menos dramático que el dolor físico, pero es más común y también más difícil de soportar. (C. S. Lewis)

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco enormemente la formación y la ayuda por parte de todo el profesorado del Máster de Bioética y Bioderecho, en especial a mi tutor Domingo Fernandez Agis, que ha estado siempre disponible y accesible para resolver todas mis dudas. Asimismo agradecer a todos ellos y también a mis compañeros de máster, el haber fomentado mi curiosidad e interés en relación a la ética, desmontando muchas de mis creencias previas y deliberando, a través del foro, acerca de un sinfín de temas tan interesantes como complejos.

Este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda de mi familia y mi pareja, su gran apoyo incondicional y su inagotable paciencia, permitiéndome horas de tranquilidad para poder elaborar el presente TFM. A Eugenia, Amaia, Carolina y Romina y al RECAP, por facilitarme los datos necesarios para añadir a este trabajo.

Y por último, mencionar a mi pequeña, por la alegría que me transmite todos los días, mi motivo para seguir creciendo y mejorando. Espero que mis valores y mis logros te sirvan de inspiración y te guíen en tu propio camino.

## RESUMEN

Los tratamientos involuntarios en la atención a la salud mental han constituido, desde siempre, objeto de polémica. El presente trabajo pretende adentrarse tanto en las distintas formas de aparición de tratamientos involuntarios en el espacio de la salud mental como en las razones que los han motivado y los peligros que encierra.

Las posibilidades de provocar daño en salud mental son muchas y variadas y no se pueden resumir en unas líneas. Las más llamativas provienen de la capacidad coercitiva de la psiquiatría: administración de medicamentos sin el consentimiento del paciente, muchas veces de forma crónica, uso de la contención mecánica, ingresos involuntarios, tratamientos ambulatorios involuntarios, confinamientos *sine die* en centros psiquiátricos penitenciarios basados en delitos inimputables o argumentados por una peligrosidad del sujeto, etc.

Consecuentemente, resulta necesario abordar los elementos básicos que constituyen el marco general de los Derechos Humanos para evitar este tipo de prácticas tanto a nivel hospitalario como ambulatorio y repasar la legislación vigente relacionada con este tipo de prácticas y su regulación actual, así como la mencionada protección de los derechos fundamentales.

Resulta imprescindible esforzarse en conseguir acuerdos de tratamiento a través de la negociación con el paciente. El enfoque de la práctica clínica desde el respeto de los derechos humanos en salud mental permite ofrecer una atención más considerada y humana, favoreciendo, por tanto, el respeto de la dignidad del paciente.

Palabras clave: Tratamiento involuntario, discapacidad mental, dignidad, derechos humanos.

## ABSTRACT

Involuntary treatments in mental health care have always been the subject of controversy. This paper aims to explore the different forms of involuntary treatment in the field of mental health, the reasons that have motivated it and the dangers it entails.

The possibilities of causing harm in mental health are many and varied and cannot be summarized in a few lines. The most striking ones come from the coercive capacity of psychiatry: administration of medication without the patient's consent, often on a chronic basis, use of mechanical restraint, involuntary admissions, involuntary outpatient treatment, sine die confinement in penitentiary psychiatric centers based on unimputable offenses or on the grounds that the subject is dangerous, etc.

Consequently, it is necessary to address the basic elements that constitute the general framework of Human Rights in order to avoid this type of practices both at hospital and outpatient level and to review the current legislation related to this type of practices and its current regulation, as well as the aforementioned protection of fundamental rights.

It is essential to strive to reach treatment agreements through negotiation with the patient. The approach to clinical practice based on respect for human rights in mental health allows us to offer more considerate and humane care, thus favoring respect for the patient's dignity.

Key words: involuntary treatment, mental disability, dignity, human rights.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	
1.1 Justificación del tema.....	7
1.2 Objetivos generales y específicos.....	8
1.3 Metodología.....	9
2. DESARROLLO	
2.1 Internamiento y tratamiento involuntarios y el uso de medidas coercitivas.....	10
2.2 Testimonios de pacientes psiquiátricos.....	11
2.3 Principios bioéticos y legislativos. Marco normativo.....	15
2.4 La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: modificaciones necesarias en las leyes y en las prácticas de salud mental.....	22
2.5 Los internamientos no voluntarios a la luz de la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad.....	23
2.6 La perspectiva del derecho internacional en la Convención.....	25
2.7 Relación numérica de ingresos psiquiátricos y contenciones mecánicas en el HUNSC (Tablas 1 y 2).....	28
2.8 Actividad asistencial psiquiátrica ambulatoria en Canarias (Tabla 3).....	29
3. CONCLUSIONES.....	33
4. BIBLIOGRAFÍA.....	35
5. ANEXOS.....	36

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 Justificación del tema

Existe aún la creencia generalizada en nuestra sociedad, de que las personas que padecen discapacidades psicosociales o trastornos mentales son incapaces de controlar las decisiones que les conciernen, lo que a su vez incide en los cuidados que necesitan. Se estima que del conjunto de personas con trastorno mental ingresadas en instituciones psiquiátricas y otros dispositivos similares en Europa, alrededor de 264.000 personas se encuentran bajo tutela total.

El uso excesivo de la reclusión, la coacción, la medicación forzada, la pérdida de derechos y la hospitalización involuntaria, son sólo algunas de las prácticas más extendidas en Europa que vulneran los derechos más básicos de estos pacientes y que constituyen un problema no sólo en Europa Central y Oriental sino también en Europa Occidental, donde en países como Francia, Bélgica, Irlanda, Portugal, Alemania o España todavía persisten este tipo de prácticas.

Los derechos humanos son normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos, sin excepción. Estos derechos rigen la manera en que los individuos vivimos en sociedad y nos relacionamos, al igual que las relaciones con el Estado y las obligaciones del Estado hacia todos.

Todas las personas somos iguales como seres humanos y en virtud de nuestra dignidad intrínseca. Tenemos derecho al disfrute de los derechos humanos, sin discriminación alguna a causa de la raza, color, género, origen étnico, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, discapacidad, posición económica, circunstancias de nacimiento u otras condiciones que explican los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos.

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2013). Por lo tanto, la salud mental debe ser un objetivo fundamental en los Planes de Salud y Estrategias de salud mental de todos los Estados y de todas las Comunidades, porque sin salud mental no hay salud plena. Señala también la OMS (2006) que “son esenciales una política y un plan de salud mental para coordinar todos los servicios y actividades relacionadas con la salud mental. Sin una política y unos planes adecuados, es probable que los trastornos mentales se traten de manera ineficaz y fragmentada.”

## 1.2 Objetivos generales y específicos

### 1.2.1 Objetivo general

- Analizar las cuestiones ético-legales de acuerdo a la violación de los derechos fundamentales de los pacientes con discapacidad mental en los ingresos involuntarios.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Comprender el concepto de dignidad de la persona y los derechos humanos.
- Determinar el marco legal sobre el que se apoya el trato hacia las personas con discapacidad mental.
- Justificación de la importancia de los derechos humanos en la actualidad.

### 1.3 METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una primera revisión de carácter bibliográfico de las publicaciones más relevantes relacionadas con los derechos humanos, la dignidad de la persona, la incapacidad mental, los ingresos y tratamientos involuntarios, ética y psiquiatría.

Para la búsqueda de todo lo referente a la legislación actual nacional e internacional relacionada con el tema, se ha empleado el buscador de “noticias jurídicas” en google.

Por ello se trata de un estudio reflexivo en primera instancia, completándolo posteriormente con una aplicación de un estudio observacional descriptivo, donde se incluyen datos de ingresos de pacientes psiquiátricos en el HUNSC y el número de contenciones mecánicas aplicadas en el servicio de psiquiatría del mismo hospital. Se han añadido, además, datos de consultas ambulatorias psiquiátricas de Canarias desde el año 2018 hasta la actualidad, obtenidos estos últimos del RECAP.

Para obtener información de datos específicos de ingresos hospitalarios voluntarios e involuntarios y número de sujeciones mecánicas desde el año 2018 hasta la actualidad, se ha consultado al Servicio de Gestión Sanitaria del HUNSC, a la supervisora de la planta de psiquiatría del citado hospital y al RECAP (este último para la obtención de datos ambulatorios).

## 2. DESARROLLO

### 2.1 Internamiento y tratamiento involuntarios y el uso de medidas coercitivas.

El internamiento y el tratamiento involuntarios se refieren a cualquier internamiento/admisión en un hospital o tratamiento administrado contra los deseos expresos de una persona, manifestados verbalmente o por cualquier otro medio (lenguaje corporal, directrices avanzadas, etc.).

El internamiento involuntario puede tener lugar en hospitales o en centros ambulatorios de la comunidad. El tratamiento comunitario obligatorio incluye varias formas de estatutos legales disponibles en algunos países -como las Órdenes de Tratamiento Comunitario- que obligan a las personas a seguir un tratamiento, a cumplir ciertas condiciones y/o a ser supervisadas en la comunidad.

En los últimos años tras las reformas de la salud mental en muchos países europeos se ha producido un cambio hacia enfoques más centrados en la persona y orientados a la recuperación. No obstante, el internamiento y el tratamiento involuntarios siguen siendo habituales, aunque controvertidos, de los sistemas de salud mental y forman parte de la legislación. La comunidad de derechos humanos se ha enfrentado cada vez más al uso de estas medidas coercitivas.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha declarado en su jurisprudencia que el internamiento no consentido y/o el tratamiento no consentido llevado a cabo sobre la base de una deficiencia o condición de salud real o percibida viola los derechos humanos.

Otras medidas coercitivas -la reclusión y diversos métodos de contención, incluidas las sujeciones físicas, químicas y mecánicas- se han considerado, junto con el tratamiento involuntario, incompatibles con la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes contra las personas con discapacidad psicosocial garantizada en el artículo 15 de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

La justificación ética y la práctica clínica del internamiento y el tratamiento involuntarios son objeto de debate. El tratamiento comunitario obligatorio es especialmente controvertido y pone de manifiesto las tensiones inherentes entre la recuperación, la personalización y la coerción. Además, las nuevas pruebas emergentes sugieren que el tratamiento comunitario obligatorio no es más eficaz que el tratamiento voluntario en la comunidad. Existe una enorme falta de pruebas empíricas sólidas en relación con la eficacia de las medidas coercitivas.

## 2.2 TESTIMONIOS

La hospitalización en el ámbito de la salud mental adopta muchas formas en función de la legislación del país, la disponibilidad de servicios o circunstancias personales, y de las elecciones de las personas con problemas de salud mental. Sin embargo, en muchos casos, tanto el ingreso como el tratamiento se producen sin el consentimiento informado de la persona. Además, el ingreso involuntario en centros de salud mental constituye una vía de acceso a las instituciones residenciales y a los cuidados de larga duración (Agencia de Derechos Fundamentales, 2012).

Con el fin de comprender lo que les ocurre a las personas cuando están bajo el cuidado de los servicios de salud mental de forma involuntaria, he encontrado un interesantísimo estudio llevado a cabo en la Universidad de Kent, Inglaterra, realizado en 2017, donde se incluyen testimonios de personas discapacitadas mentalmente, con experiencia vivida en instituciones psiquiátricas. El estudio se realizó por dos razones:

- En primer lugar, las historias personales pueden dar énfasis a las experiencias individuales que pueden pasar desapercibidas en los datos estadísticos o legales. La comprensión médica de lo que sucede a las personas incapacitadas mentalmente sigue siendo dominante en gran parte de la literatura, mientras que los relatos de los que han vivido esas experiencias se consideran a menudo como secundarias o se interpretan sólo de forma medicalizada. Sin embargo, las experiencias de las personas con problemas de salud mental, en toda su variedad y complejidad, son cruciales para entender lo que ocurre en un entorno residencial o comunitario. Por lo tanto, se trata de aportar una perspectiva diferente y experiencial de lo que significa estar en un hospital de salud mental de forma involuntaria.

-En segundo lugar, los defensores de la salud mental y el movimiento de usuarios/ex-usuarios de la psiquiatría han impugnado durante mucho tiempo el ingreso y el tratamiento involuntarios por motivos morales y de derechos humanos (Chamberlin, 1978). Libros, páginas web, artículos, conferencias y relatos personales de ex-usuarios de la psiquiatría han reclamado un cambio en la comprensión de la atención psiquiátrica desde el punto de vista de quienes la han experimentado.

Los instrumentos de derechos humanos, el más poderoso y reciente, la CDPD, han impulsado el tema en el ámbito jurídico poniendo énfasis en la dignidad y autonomía, la ausencia de tortura y trato inhumano, y la igualdad ante la ley.

Por lo tanto, se presentan en este capítulo los relatos personales, amablemente proporcionados por los encuestados por los autores de este libro que se incluye en la bibliografía, para ofrecer relatos personales sobre la experiencia de las personas que han sido institucionalizadas y/o tratados u hospitalizados sin su consentimiento. Se revelan historias impactantes, a menudo devastadoras, que nos hablan no sólo de lo que les ocurrió a las personas que enviaron sus testimonios, sino también lo que puede ocurrirles a muchas más que quizá nunca hablen.

En este libro de donde he añadido testimonios y material de gran interés, se empleó el análisis temático (Braun & Clarke, 2006), método muy utilizado para analizar datos cualitativos.

Una característica común a todos los testimonios personales es que todos los participantes del mencionado estudio experimentaron un tratamiento psiquiátrico forzado y un ingreso hospitalario al menos una vez en su vida. Sin embargo, la duración y la frecuencia de los ingresos involuntarios variaron entre los testimonios. La edad más joven en el momento del ingreso era de 13 años y la más avanzada, de unos 60. El tiempo más corto pasado en un pabellón cerrado fue una noche, el más largo más de 20 años. Muchos participantes sólo experimentaron el ingreso involuntario una vez, otros, sin embargo, varias veces, hasta seis.

Es importante señalar que los testimonios personales no pueden ni deben reducirse a un modelo o experiencia generalizada. No sólo las experiencias personales fueron únicas, sino que los testimonios presentados a esta investigación fueron variados. Algunos participantes dieron más detalles sobre un aspecto de su hospitalización forzada, mientras que otros hicieron hincapié en otros detalles.

Testimonios acerca de las circunstancias de ingreso:

*“They said: -There is no choice, we need to compulsorily admit her-. And so it is my dad who signed this hospitalisation upon the request of a third party with the doctors. (France).*

*Traducción: “Entonces, dijeron: “No hay elección, tenemos que ingresarla obligatoriamente”. Y así es como mi padre firmó esta hospitalización a petición de un tercero con los médicos”. (Francia). (Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 27)*

*“I cannot blame them, they were afraid and couldn't think of any other solution”. (Germany).*

*Traducción: “No puedo culparles, tenían miedo y no se les ocurrió otra solución”. (Alemania). (Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 27)*

*“After only three sessions with the psychologist I was sent to a ward, ‘voluntarily’, I was strongly recommended to agree. Soon after I came in the door the door was locked behind me and I was put in a sheltered area in the ward with little else furniture than a bed”. (Norway).*

*Traducción: “Después de sólo tres sesiones con el psicólogo me enviaron a una sala, “voluntariamente”, me recomendaron encarecidamente que aceptara. Poco después de entrar, la puerta se cerró tras de mí y me pusieron en una zona protegida de la sala con poco más mobiliario que una cama”. (Noruega) (Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 28)*

*“I was forcibly hospitalized and wrongly treated because at that time I had no pre-psychosis. It was a real isolation after which I actually started to hear voices. The diagnosis was depersonalising and that was an attack on my identity”. (Serbia) .*

*Traducción: “Fui hospitalizada a la fuerza y tratada erróneamente porque en ese momento no tenía prepsicosis. Fue un verdadero aislamiento después del cual empecé a oír voces. El diagnóstico fue despersonalizador y eso fue un ataque a mi identidad”. (Serbia). (Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 28)*

*“The doctor made the decision for me and I was, of course, furious. My opinion was not taken into account and it was rejected, but the opinion of a manic rarely means anything”. (Finland).*

*Traducción: “El médico tomó la decisión por mí y yo, por supuesto, me puse furiosa. Mi opinión no fue tomada en cuenta y fue rechazada, pero la opinión de un maníaco rara vez significa algo”. (Finlandia). (Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 28)*

*“My blood pressure was taken several times. I was fed. I was their object. I was cold. I was given a blanket. I resembled a beggar”. (France).*

*Traducción: “Me tomaron la tensión varias veces. Me dieron de comer. Fui su objeto. Tuve frío. Me dieron una manta. Me parecía a un mendigo”. (Francia). (Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 28)*

*“I was just there to be force-fed really, to be force-fed by a nasogastric tube. Their only worry was to make me regain weight, but what would have been needed was simply more human exchanges, more empathy from the nurses’ part, and Understanding Exclusion, more listening, more speaking time, for them to explain to me, for them to render it a little bit more humane really, a little bit gentler. Here, it was the hard method”. (France).*

*Traducción: “Sólo estaba allí para ser alimentado a la fuerza por una sonda nasogástrica. Su única preocupación era hacerme recuperar peso, pero lo que habría hecho falta era simplemente más intercambios humanos, más empatía por parte de las enfermeras y más escucha, más tiempo para hablar, para que me explicaran, para que lo hicieran un poco más humano realmente, un poco más suave. Aquí, era el método duro”. (Francia). (Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 28)*

*“There was no room for me to deal with my sadness. Every emotion was firmly suppressed and this damaged my feelings. Every emotion was translated as a form of sickness/manic behaviour/hypomania. And no one cared to provide more insight on my psychosis. My opinion with regards to the treatment did not matter. It was just a one-way treatment with me being the uneducated patient and them being the experts. They didn’t look further than my ‘sickness’. (Netherlands)”.*

*Traducción: “No había espacio para lidiar con mi tristeza. Cada emoción era firmemente reprimida y esto dañaba mis sentimientos. Cada emoción se traducía en una forma de enfermedad/comportamiento maníaco/hipomanía. Y nadie se preocupó de proporcionar más de mi psicosis. Mi opinión con respecto al tratamiento no importaba. Era un tratamiento unidireccional en el que yo era el paciente inculto y ellos los expertos. No miraban más allá de mi "enfermedad". (Países Bajos). (Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 28)*

Hay una serie de cuestiones sobre las que la información es útil a la hora de recibir asistencia sanitaria: el diagnóstico, los posibles resultados, las opciones de tratamiento, la medicación y los posibles efectos secundarios, la duración prevista de la enfermedad y los derechos de los pacientes. Además, una información accesible es crucial para tomar decisiones sobre el tratamiento.

A pesar de ello, los participantes de este estudio hablaron de la falta de información en casi todos los testimonios. Sorprendentemente, muchas personas sometidas a tratamiento

psiquiátrico involuntario -como revelaron los testimonios de Finlandia, Francia, Georgia y Hungría- carecían de información incluso sobre los aspectos más básicos de su asistencia sanitaria.

Testimonios acerca de tratamiento involuntario (restricción física, electroshock y medicación):

Hay medidas en la atención a la salud mental que son consideradas en psiquiatría como tratamiento, aunque algunos de los testimonios personales cuestionan su idoneidad. Muchos participantes dieron detalles sobre la contención física a la que fueron sometidos, y la medicación fue probablemente el aspecto más destacado de la hospitalización forzosa. El miedo, el daño físico y la pérdida de control fueron las reacciones más marcadas que los encuestados expresaron en relación con la restricción física.

*“Yes attached [to the bed], yes. Today I still bear the bond mark scar on a wrist. I had a bloodied wrist and there you go, they left me like that in my bedroom. The aftercare with the doctor who saw me roughly once a week, was 5 minutes, so there was no psychological follow-up. I was not at all explained the protocol actually. From the end of summer 2006 to the month of March, I remained confined. (France).*

*Traducción: “Sí, atado [a la cama], sí. Hoy en día todavía llevo la cicatriz de la marca del lazo en una muñeca. Tenía la muñeca ensangrentada y ahí me dejaron así en mi habitación. Los cuidados posteriores con el médico que me veía más o menos una vez a la semana, eran de 5 minutos, así que no hubo seguimiento psicológico. En realidad, no se me explicó en absoluto el protocolo. Desde finales del verano de 2006 hasta el mes de marzo, permanecí confinado”. (Francia). (Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 31)*

*“They tied me twice out of the five times when I was there. They did not tighten it too much. I was told it was in my best interest. When I was thirsty I was given water. When I was not thirsty, I was also given water”. (Hungary).*

*Traducción: “Me ataron dos veces de las cinco que estuve allí. No me apretaron demasiado. Me dijeron que era por mi propio interés. Cuando tenía sed me daban agua. Cuando no tenía sed, también me daban agua”. (Hungría)*  
(Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 31)

*“I was devastated. Four nurses entered my bedroom. They offered me to take an antipsychotic Loxapac pill that I refused. Straight away, they seized me even though I was showing no physical resistance, and the female nurse injected me with a neuroleptic solution, under the watch of a male nurse who told me: “You did not want to take the pill, and so you have been given Loxapac by injection”. The nursing staff had given me my chemical straightjacket. This action made me think of a rape, especially as I had been subject to a sexual abuse as a child”. (France).*

*Traducción: “Estaba desolada. Cuatro enfermeras entraron en mi habitación. Me ofrecieron tomar una pastilla antipsicótica, que rechacé. Inmediatamente, me agarraron aunque no mostraba ninguna resistencia física, y la enfermera me inyectó una solución neuroléptica, bajo la mirada de un enfermero que me dijo: “No has querido tomar la*

*pastilla, por lo que tse le ha administrado la misma por inyección". El personal de enfermería me había puesto la camisa de fuerza química. Esta acción me hizo pensar en una violación, sobre todo porque había sido objeto de un abuso sexual cuando era niña". (Francia). (Mapping&Understanding exclusion in Europe, 2017: page 32)*

### 2.3 Principios bioéticos y legales. Marco normativo.

Marco normativo estatal: En España no existe una ley específica sobre salud mental o sobre enfermedad mental. Sin embargo, sí que existe un marco normativo estatal que incide en la regulación y en la atención de la salud mental, que legitima lo recogido en la presente planificación y que se expone a continuación.

- Constitución Española de 1978. Reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (artículo 43). El artículo 149.1.16 establece la competencia exclusiva del Estado para establecer las bases y la coordinación general de la sanidad.
- Código Civil, aprobado mediante Real Decreto de 24 julio de 1889, habiendo sido objeto de diversas modificaciones, entre ellas, también la de su Título X que dedica a la tutela, la curatela y la guarda de los menores o incapacitados, destacar de éste su artículo 271 que dispone que el tutor necesita autorización judicial para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o de formación especial.
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985: Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental. Dicha Comisión fue creada por Orden de 27 de Julio de 1983. El Informe, sin carácter normativo, tiene una gran trascendencia para las elaboraciones normativas posteriores dado que explicita los parámetros que han de servir en el futuro para la reforma psiquiátrica.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Desarrollada por Reglamento aprobado mediante Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. El artículo 763 regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, en un establecimiento de salud mental, sometiéndolo a las máximas 46 Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 garantías procesales. El artículo 778 bis aborda el internamiento de menores con problemas de conducta en centros de protección específicos.
- 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. Regula el derecho a la información sanitaria, a la intimidad, a la autonomía del paciente, el

consentimiento informado y la documentación sanitaria (la historia clínica, el informe de alta y otra documentación clínica).

- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre derechos de las personas con discapacidad. España ratificó la Convención y el Protocolo Facultativo el 21 de abril de 2008, entrando en vigor el 3 de mayo de ese mismo año. A partir de ese momento pasa a ser parte del ordenamiento interno, por lo que es necesario adaptar y modificar determinadas normas para hacer efectivos los derechos que la Convención recoge.

- Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Su objetivo es adecuar la regulación reglamentaria vigente en materia de discapacidad a las directrices de la Convención, en la línea marcada por la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

La normativa que regula una parte muy importante de este problema; el punto en el que hay que ingresar a alguien en un centro sanitario contra su voluntad para poder ayudarle en un momento crítico, venía recogida en el art 211 del Código Civil hasta que quedó derogado por la reforma del año 2000 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que decía:

*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 tal 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.*

Dicho artículo 211 fue derogado tras la entrada en vigor de la reforma de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que pasó a regular la materia, concretamente en su artículo 763, que nos dice: “*Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico*”.

*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(...).*

Partes de ambos párrafos del artículo 763, han sido declarados inconstitucionales por sentencia del TC 132/2010, de 2 diciembre, con el efecto establecido en el Fundamento Jurídico 3, tras la cuestión de inconstitucionalidad núm. 4542- 2001, planteada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 8 de A Coruña, por posible infracción de los arts. 17.1 (Artículo 17 de la Constitución Española de 1.978. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley) y 81.1 de la Constitución (son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas, las que aprueben los Estatutos de Autonomía y el régimen electoral general y las demás previstas en la Constitución).

La propia sentencia reconoce que se trata de un error formal, no cuestionando el apartado material de la norma, es decir, que la redacción es la adecuada, pero debería tener rango de Ley Orgánica, no de Ley ordinaria, de manera que declara la inconstitucionalidad, pero no la nulidad, porque generaría un vacío legal. De este modo, acogiéndose a la doctrina del propio TC, se admite una figura jurídica por la que, pese a haber declarado inconstitucional esa parte de la norma, se mantendrá vigente hasta la publicación de una LO que repare el error, por lo que la STC, concluye con *“razón por la que resulta obligado instar al mismo (al legislador), para que, a la mayor brevedad posible, proceda a regular la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica.”*

Pese a que en la práctica nada cambie, es evidente que la privación de libertad de una persona debe estar correctamente regulada, máxime cuando el propio TC ha dejado clara la irregularidad de la fórmula jurídica que se ha estado usando hasta el momento. Doce años no han bastado se tome esta materia lo suficientemente en serio como para regularla por Ley Orgánica, sigue habiendo una infradotación de personal en salud mental y, especialmente con las consecuencias de la pandemia, parece ser más frágil que nunca, necesitando en estos momentos más recursos materiales y humanos, así como una correcta regulación jurídica que de amparo a los enfermos y los profesionales de la salud y del derecho.

Es, por tanto, actualmente, fundamental la intermediación judicial, no sólo en el examen de la persona sino en el hecho de oír al sujeto afectado. Además, fundamental será también el dictamen de un Licenciado en Medicina, y aunque la ley no lo dice explícitamente, resulta aconsejable que esté especializado en psiquiatría, pero el vocablo “facultativo” es sinónimo de médico. El que esté designado por el órgano jurisdiccional quiere decir que es aconsejable evitar que el nombramiento judicial recaiga sobre un especialista que forme parte del personal del centro en el que el sujeto afectado se halle internado o vaya a serlo. Constituye una mínima precaución impedir que la elección del juez pueda recaer sobre un facultativo integrado en la plantilla del centro en que la persona a internar.

Ante la indeterminación jurídica del concepto de internamiento cabe decir que, desde un punto de vista gramatical, internar significa instalar o recluir a una persona en una clínica, hospital o centro *ad hoc*, pero también ingresar a alguien en un lugar donde esté privado de movimientos. Así, en el internamiento forzoso, al no existir el consentimiento del interesado, se limitaría, el derecho fundamental a la libertad, del art. 17 CE. De todos modos, se ha entendido que este derecho constitucional es compatible con los

internamientos forzosos de incapacitados para que puedan así recibir su tratamiento, cuando éste no sea posible en régimen ambulatorio o de libertad, con las debidas garantías.

Una de las clasificaciones más comunes para el internamiento es la que distingue el voluntario del involuntario:

- Si es voluntario, es la propia persona la que da la conformidad y consentimiento, pero debe existir justificación para ello, terapéutica o diagnóstica. En estos casos, la iniciativa proviene del mismo enfermo o del médico.
- Si es involuntario, debe ser justificable en base a situación psíquica grave o por riesgo a sí mismo o a terceros. Pero surgen conflictos éticos cuando el ingreso se realiza por motivos no estrictamente clínicos tales como alteración del orden público, problemas sociales, económicos, presión familiar, etc. Y también cuando el paciente voluntariamente ingresado solicita el alta voluntaria y lo mantiene una negativa a seguir las indicaciones del tratamiento. En estos casos, el psiquiatra procede a solicitar al juez su conversión en ingreso involuntario, sin tener en cuenta la competencia del paciente.

Los internamientos, por otra parte, pueden ser urgentes, preventivos (con autorización judicial dictada antes de la incapacitación) y ordinarios. Los dos primeros se encuentran bien explicados en el propio art. 763 LEC. Quizás merecería un análisis más detallado el ordinario, que es el que se acuerda en sentencia de incapacitación o convalidado en ejecución de la misma, como efecto de ella. En este caso, no existe situación de urgencia y se puede esperar a una resolución judicial más reposada, que se adopta en un llamado expediente de jurisdicción voluntaria, no procediéndose al internamiento, hasta que no haya un superior que lo autorice. Este expediente, como es natural, se realizará de modo distinto al proceso de incapacitación, basándose fundamentalmente en las reglas del 763 LEC.

Otra clase de internamiento es el contemplado en el art. 381 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal: se trata del llamado internamiento psiquiátrico por orden judicial, en el que se considera que si el juez advierte en el procesado indicios de trastorno mental, se acordará el internamiento, una vez examinado por los Médicos Forenses; éste es un internamiento por orden judicial. De todos modos, una vez terminada la observación del procesado, se produciría la vuelta de éste a la situación que le correspondiese, una vez alcanzada, en su caso, la estabilidad psiquiátrica del sujeto. El internamiento como medida de seguridad tiene una finalidad terapéutica pero también de control, pues el enfermo podría llegar a ser peligroso.

Como ya se avanzó en la introducción del presente trabajo, la práctica del internamiento necesita de una adecuada coordinación entre todas las partes intervinientes en el procedimiento. Con la aplicación estricta de la Ley se plantean dudas sobre cómo actuar por parte de los diferentes actores, que sólo llevan a provocar problemas que pueden ser fácilmente evitados si cada uno sabe lo que tiene que hacer.

Existe en la ciudad de Salamanca un texto que se denomina “Protocolo de atención a personas con enfermedad mental” y que ha sido aprobado por Comisión de coordinación socio-sanitaria del Área de Salud de Salamanca de la Junta de Castilla y León. En este documento participa el Ayuntamiento de Salamanca con la Policía Local y los servicios sociales, la Junta de Castilla y León pone a disposición los centros de salud y el Hospital,

la Diputación regula la acción de los servicios sociales, la Subdelegación del Gobierno intervenga por medio de la Fiscalía, la Guardia Civil y la Policía Nacional, además de los Juzgados que actúan durante los traslados ante el juez y el secretario judicial.

El objetivo del protocolo consiste en “prestar a los ciudadanos servicios eficaces en el tratamiento y cuidado de las personas con enfermedad mental”, así como “determinar criterios para orientar a los profesionales en la práctica diaria de sus intervenciones y que permitan mejorar la calidad en la atención, primando siempre el beneficio del paciente”.

Algunos de sus contenidos, a pesar de parecer obvios, no se aplican en muchos lugares por falta de coordinación e información. Eso da lugar a innumerables problemas. Como se ha comentado, algunos de sus modos de actuación son:

*“Si el Equipo de Salud Mental considera necesario realizar el ingreso, urgente o no, de un paciente en contra de su voluntad.*

- *En los internamientos no voluntarios urgentes no se precisa en ningún caso de autorización judicial previa, sino de decisión médica. En este caso, el centro en el que se hubiera practicado el internamiento comunicará al Juez el mismo para autorización judicial.*

*La autorización judicial es posterior al internamiento. La comunicación se realizará al fax del Juzgado de los de Primera Instancia de guardia de internamientos. Los siete Juzgados de Primera Instancia permanecen una semana de guardia de internamientos, conforme al calendario que se comunica por el Decanato de los Juzgados a la Delegación de Sanidad de la Junta de Castilla y León y a la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

*Los internamientos urgentes voluntarios no precisarán intervención judicial, ni previa ni posterior”.*

En numerosos casos, los propios Cuerpos y Fuerzas de Seguridad solicitan autorización judicial para proceder al traslado de la persona a internar hasta el Hospital. Como bien se dice en el protocolo, la Policía debe atender a la pura decisión médica para el traslado, sin autorización judicial. No se les va a acusar de detención ilegal, pues se encuentran amparados por la Ley, en concreto por la Ley General de Sanidad y la Ley de Seguridad Ciudadana. Continúa el protocolo diciendo que, el médico, al solicitar la ambulancia:

- *“Se pondrá en contacto con la Unidad de Internamiento Psiquiátrico del Hospital General al que vaya a realizarse el traslado”.*
- *Si es necesario solicitará el apoyo del personal de enfermería.*
- *Si es necesario solicitará el apoyo de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.*

*Si en estas actuaciones sanitarias (ingreso y/o traslado en contra de la voluntad del paciente), tanto urgentes como no urgentes, el Equipo de Salud Mental comprueba que puede alterarse el orden público o poner en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales:*

*El Equipo de Salud Mental solicitará la actuación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad cuando compruebe que con ello se pueda provocar una alteración del orden público,*

*poner en peligro su integridad física, la integridad de otras personas o la conservación de bienes materiales, sin necesidad de trámites ni autorización judicial previa.”*

Por tanto, queda categóricamente dicho y firmado por todas las partes implicadas, que no hay que ralentizar el traslado por este motivo, solicitando autorizaciones judiciales previas innecesarias.

Una vez producido el ingreso urgente, en contra de la voluntad del enfermo, los pasos a seguir, complementando lo establecido en el art. 763 de la LEC son:

- “Se comunicará a la autoridad judicial, por el centro en el que se hubiere practicado el ingreso y por fax, siempre dentro de las 24 horas siguientes.*
- Si el Juez ha autorizado (a priori o a posteriori) el internamiento, los médicos deben comunicarle motivadamente que no han considerado necesario ingresar al enfermo, o, en su momento, que le han dado el alta hospitalaria, por si fuera procedente la adopción de otras medidas.*
- Se entregará a la persona revisada, o a la familia o allegados, un informe de la valoración efectuada.*
- Se remitirá la misma valoración al Equipo de Salud Mental de referencia, con el fin de asegurar un adecuado seguimiento del paciente.”*

Por otra parte, si se entiende que no es necesario el ingreso en el Hospital, es decir:

*“Si se considera necesaria algún tipo de medida psiquiátrica obligada, pero no se considera adecuado el ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de un Hospital General.*

- Se tramitará la solicitud de la medida a aplicar.*
- Se comunicará dicha circunstancia a la estructura responsable correspondiente, debiendo permanecer la persona explorada en categoría de observación, hasta la toma de decisión definitiva y bajo la tutela de la familia si esta no se puede ejecutar de inmediato.”*

En el caso del internamiento voluntario ordinario, si se produce el alta hospitalaria:

- “Se notificará al Juzgado de Primera Instancia que ratificó el internamiento urgente o que autorizó el internamiento ordinario.*
- Si el alta se produce de forma no autorizada médicamente (fuga), tal circunstancia deberá notificarse al Juez a la mayor brevedad posible.*

*En estos casos tampoco se precisará autorización judicial previa habilitante de la intervención de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.”*

Y es que, a este respecto es necesario recordar la recomendación publicada en el *“Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España (1991)”*, según la cual se recomendaba la necesidad de *“que se realicen convenios de colaboración entre la administración sanitaria, Jueces, Fiscales y Fuerzas de Seguridad para que la competencia de la administración sanitaria en materia de traslados de enfermos psíquicos pueda llevarse a cabo con la fluidez necesaria”*. Es decir,

no atrasando el traslado en situaciones de urgencia solicitando innecesarias autorizaciones judiciales al Juzgado de Guardia, que no tiene por qué otorgarlas, pues la Policía, a la vista de la circunstancias es la única competente para actuar, junto con el médico, en esos casos.

Por último, transcribo los pasos a seguir si se solicita un internamiento no urgente, es decir, ordinario.

*“Esta solicitud será realizada por el propio paciente, por sus familiares o a través de los canales de atención sanitaria convencionales (Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental, Equipos de Atención Psiquiátrica Hospitalaria, etc.), e incluso, a través del Ministerio Fiscal.*

*A esta última instancia, se recurrirá agotadas las posibilidades anteriores.*

- La solicitud se formulará ante el Juez Decano, quien la tramitará al Juzgado de Primera Instancia correspondiente.*
- Dicho Juzgado recabará de las instituciones sanitarias los informes que recojan los posibles antecedentes o seguimientos de atención psiquiátrica, así como la posible propuesta de ingreso hospitalario en la que se especifique la necesidad de dicha medida, aún en contra de la voluntad del paciente.*
- Se dará a la solicitud el cauce procesal adecuado (artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).*
- Se fijará día y hora para que la persona, cuyo internamiento se solicita, comparezca con objeto de realizar el examen facultativo.*
- Tras el examen del médico forense, el examen del Juez y el informe del Ministerio Fiscal, se dictará auto autorizando o denegando el internamiento.*
- Dicho auto se notificará a las partes y al Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.*

Por tanto, los canales de atención sanitaria convencionales pueden ser parte legitimada para solicitar el internamiento, sin que tenga que atenderse únicamente a la literalidad del art. 757 LEC en cuanto a legitimación activa.

El protocolo fue firmado el 16 de octubre de 2009 por el Delegado Territorial de la Junta de Castilla y León, la Presidenta de la Diputación Provincial de Salamanca, el Alcalde de Salamanca, el Subdelegado del Gobierno en Salamanca y el Magistrado-Juez decano de Salamanca

#### 2.4 La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: modificaciones necesarias en las leyes y en las prácticas de salud mental.

La Convención supone un cambio radical, pues pasa de un modelo que partía de la idea de que la protección de las personas con discapacidad podía hacerse excluyéndolas de la toma de decisiones, a otro sustentado en el apoyo para el ejercicio de la autonomía, basándose en los principios éticos de respeto a la dignidad, la autonomía y la libertad para decidir.

Se trata de un reconocimiento claro de todos como sujetos titulares de derechos y su disfrute en igualdad. Ello conlleva superar un modelo asistencialista, rehabilitador, “pasivizador” y paternalista de protección social que actúa de espaldas al sujeto y sus deseos para construir un modelo social que lleve a la inclusión plena de la persona con discapacidad en la sociedad de la que forma parte. Muchos de los principios que sustentan las leyes españolas y también los modos de trato a las personas con discapacidad son claramente contrarios a los mandatos que se expresan en la CDPD.

Leyes que han significado un avance importante en su atención estaban más orientadas a la atención de la dependencia que a la promoción de la autonomía personal. Ese reconocimiento de igualdad plena entre todos y de apoyo a la autonomía tiene un claro sustento ético y hace que las cuestiones que tienen que ver con la discapacidad hayan de ser contempladas desde una perspectiva de absoluto respeto a los derechos humanos. Eso quiere decir: no discriminación, accesibilidad y autonomía plenas.

La aplicación de la CDPD exige no solo cambios legislativos, sino también importantes cambios sociales que eliminen las desventajas de cualquier signo que sufren las personas con discapacidad. Para ello se requieren cambios estructurales que busquen la construcción de una sociedad basada en la igualdad de todos y el derecho a la autonomía y a la independencia; entre ellos, el derecho fundamental de tener los apoyos necesarios para su realización.

En estos momentos está en trámite el Proyecto de Ley de reforma de la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Las modificaciones que propone el citado proyecto deberían ser tenidas en cuenta para lograr la desaparición de todos aquellos obstáculos aún existentes que impiden el reconocimiento y desarrollo de la autonomía y los demás derechos de las personas con discapacidad.

La Comisión de Ética y Legislación de la AEN ha dado relevancia al conocimiento de la CDPD, elaborado diversos informes con propuestas para su desarrollo, especialmente en el ámbito legislativo y también sobre las dimensiones éticas de la atención en salud mental.

La aplicación de la CDPD exige, además de cambios legislativos y en las estructuras de la sociedad, una transformación de las estructuras de cuidado, de las prácticas. Debería acelerarse el proceso de toma de conciencia de la importancia de basar cualquier acto en los valores inherentes a la dignidad de las personas, al cuidado de su autonomía y al abandono de los restos de un paternalismo/asistencialismo que desoye al sujeto en su singularidad y en su historia, y que lo daña, siendo uno de sus ejemplos más flagrantes la persistencia aún de las diversas prácticas coercitivas.

Su erradicación es ya urgente, así como la instauración de modos de tratar respetuosos y basados en una alianza construida en igualdad.

El desarrollo y sostenimiento de los derechos, y en especial los de las personas con discapacidad, requiere una permanente vigilancia. Sabemos que, en la atención a la salud mental en los diversos ámbitos –sanitario, sistema judicial, de servicios sociales, de empleo, etc.–, a la tradicional precariedad e insuficiencia de recursos se están añadiendo

nuevas restricciones derivadas de la difícil situación social y sanitaria producto de la COVID-19. Pero es que, además de las modificaciones que están afectando a los recursos de atención y a una continuidad de los cuidados de modo adecuado, encontramos un retraimiento de las propuestas transformadoras necesarias: la timorata propuesta del Proyecto de modificación del Código Civil para adaptarlo a la CDPD; el injustificado retraso de la nueva Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud; la aceptación por parte del Estado español, desoyendo las orientaciones del Comité de Bioética y de un amplio número de organizaciones, del Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamientos involuntarios, que es inaceptable por la permisividad ante la coerción y la involuntariedad; las diversas intervenciones violentas de las diferentes fuerzas de seguridad del Estado ante personas indefensas, etc.

Es necesario un conocimiento colectivo acerca de la CDPD, de sus importantes repercusiones y exigencias. Los posibles matices en la lectura e interpretación de un texto valiente y comprometido que pueden ser hechos desde las diversas organizaciones merecen un debate responsable que sea un acto de compromiso en el desarrollo de la CDPD, en la modificación de todo aquello que dificulte el ejercicio de la autonomía de cada persona y en la construcción de una sociedad que nos incluya a todos.

## 2.5 Los internamientos no voluntarios a la luz de la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad

La lucha por el Derecho es siempre un desafío, un reto cuyos logros dan la medida de la altura ética y moral de la sociedad que lo construye. En función de su escala de valores, cada una reacciona de manera diferente ante los cambios: unas veces, en el mejor de los casos, desde la reflexión que nace de la experiencia y, otras muchas, lamentablemente, desde el impulso que parte del prejuicio.

De ahí que la lucha por el reconocimiento e implementación de los derechos de las personas con trastornos mentales haya sido especialmente ardua, por cuanto ha implicado e implica nadar en las aguas procelosas del estigma, la ignorancia y, lo que es peor, el olvido.

Esta lucha no es más que un reflejo de la eterna e imperecedera búsqueda de la justicia, expresión y producto de nuestra humanidad, que, para las personas con enfermedades mentales, se ha presentado como un horizonte lejano e inalcanzable. De ahí que la entrada en vigor de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el 3 de mayo de 2008, suponga un punto de inflexión en la historia de esta lucha, al dotar de una herramienta de suficiente entidad como para exigir de los poderes públicos una implicación real y efectiva en el curso de los acontecimientos. Además, la progresiva consolidación del empoderamiento de las personas con enfermedades mentales en la consecución de sus derechos ha de traer una nueva dimensión y perspectiva a la lucha, ya que como expresó Ihering en el siglo XIX: “Debo y tengo que perseguir mi derecho, cueste lo que cueste; si no lo hago, no sólo abandono ese derecho, sino el Derecho”

Durante demasiado tiempo, estas personas han sufrido el abandono social por padecer una enfermedad que, al no ser comprendida, ha ido llevándose consigo, muchas veces desde edades muy tempranas, todo aquello por lo que solemos afirmar que la vida merece la pena: amores, proyectos, ilusiones... Pese a todo, son muchos los que, con su bagaje de pérdidas, luchan por la recuperación, aunque otros, sin embargo, se han quedado en el camino. Todos ellos sin excepción han tenido que enfrentarse a barreras absolutamente infranqueables y muchas veces me pregunto, cuando contemplo valientes ejemplos de superación, qué no habrían hecho con una atención sociosanitaria adecuada, hasta dónde habrían llegado con apoyo y comprensión por parte de su entorno social.

La Convención, que pertenece a nuestro derecho interno y es directamente aplicable, propone un modelo social frente a un modelo médico-asistencial, fundamentado en la libertad personal sin discriminación alguna y dando al ser humano el lugar que como tal le corresponde. Como el propio texto indica en su artículo 1, su propósito es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. La Convención pone, así, a la persona en el centro de todas las disposiciones y es precisamente la libertad personal sin discriminación el valor esencial que la va a distinguir como tal.

Los artículos 1, 5 y 6 de la Convención contienen un propósito de igualdad que lamentablemente, en muchas ocasiones, no tiene correlación con la realidad. No sólo se produce discriminación por razón de la discapacidad, sino también por el tipo de discapacidad. En este sentido, la Convención incluye en el concepto de discriminación todas las formas de la misma, además de “cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo” (artículo 2).

Así, en el caso de las personas cuya discapacidad tiene su origen en una enfermedad mental, las prácticas discriminatorias se traducen, por poner algunos ejemplos, en situaciones de desatención sanitaria, tratamientos inadecuados o falta de especialistas, así como situaciones irregulares en otros ámbitos de la vida como el del empleo (entre otras, despidos improcedentes o mobbing), falta de apoyos adecuados al tipo de discapacidad en los diferentes niveles educativos, etc.

De facto, las personas con enfermedad mental son excluidas del reconocimiento universal de los derechos humanos, pese a que no hay ningún precepto en la Convención que incluya matizaciones a este respecto. Más bien al contrario, su texto contiene toda una previsión de las medidas precisas para proporcionar el necesario apoyo a las personas en el ejercicio de sus derechos y las salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el Derecho internacional en materia de derechos humanos.

Esta perspectiva de derechos humanos ha de condicionar, por tanto, toda reflexión en torno a las implicaciones de este tratado sobre nuestro ordenamiento jurídico y, por supuesto, esto incluye los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico.

## 2.6 La perspectiva del derecho internacional en la Convención.

La importancia de reflexionar sobre los internamientos no voluntarios radica en el efecto que tienen sobre diversos aspectos esenciales para la construcción del ser humano en su día a día. Entre estos aspectos esenciales hay uno vital, lo que la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 definió como la “aspiración más elevada del hombre”: la libertad. Esta noción, lamentablemente, en el caso de las personas con enfermedad mental, viene asociada a otros bienes jurídicos como son la seguridad o el orden público, a cuya prevalencia en pro del mantenimiento de la paz social nos hemos llegado peligrosamente a acostumbrar.

La cuestión no es baladí, ya que la costumbre, cuando no es buena, puede ser un arma sutil y, por ello mismo, devastadoramente destructiva. Siendo los derechos humanos lo que son, universales e indivisibles, y sin que haya cabida a interpretaciones restrictivas de los mismos, en el caso de las personas con enfermedad mental se ha llegado a normalizar una suerte de cesión en favor del orden público, incluso con el convencimiento de que se efectúa por su bien y para su protección. Sin embargo, una sociedad como la nuestra, que se proclama constituida en un Estado Social y Democrático de Derecho, propugnando en su Constitución como “valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”, no se puede permitir tales digresiones y menos aun cuando de lo que se está tratando es de derechos humanos.

El punto de partida en materia de derechos humanos lo encontramos, así, en la mencionada Declaración Universal de Derechos Humanos, no vinculante jurídicamente, que junto con el Art. 1.1 de la Constitución Española de 1978 y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, estos sí jurídicamente vinculantes, constituyen lo que se conoce como “Carta Internacional de Derechos Humanos”.

La falta de concreción de estos instrumentos de cara a favorecer una implementación adecuada y con garantías de tales derechos ha conducido a la elaboración de una serie de convenciones, entre las que se cuenta la que ahora nos ocupa: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Estos acuerdos internacionales no crean derechos nuevos, sino que los reelaboran desde la perspectiva, en este caso, de un sector concreto de la población: las personas con discapacidad.

Entonces, visto lo visto, ¿hacía falta realmente la regulación específica de estos derechos? La respuesta es afirmativa. Esta tarea no sólo era conveniente, sino completamente necesaria, dada la escasa oferta de garantías por parte de los Estados para su goce pleno, la exigua mención de la discapacidad en los tratados existentes y el carácter jurídicamente no vinculante de los instrumentos de derechos humanos que regulaban esta materia.

Asumida esta necesidad, el primer problema lo constituyen las diferentes interpretaciones de estos derechos, cuando es una realidad incuestionable que los derechos humanos son lo que son y su naturaleza es indivisible. Por lo tanto, como personas, primero, y por razón de su discapacidad, después, son tributarias en toda su plenitud de todos los derechos

recogidos en la Convención.

Esta interpretación de la Convención, como tratado que contiene normas de Derecho internacional, se habrá de efectuar conforme a lo dispuesto en la Convención de Viena, sobre el Derecho de los Tratados (1969). Las reglas interpretativas se recogen en sus arts. 31 a 33, destacando como principios rectores: la buena fe, la presunción de que las partes han tenido la intención que se desprende del sentido corriente de los términos utilizados y la consideración del objeto y fin del texto. La interpretación de los tratados a la luz del Convenio de Viena se presenta, así, como una labor compleja en la que intervienen diversos elementos, tanto intrínsecos (texto y contexto, incluidos preámbulo y anexos) como extrínsecos: todo acuerdo que se refiera al tratado y concertado entre todas las partes con motivo de la celebración del mismo, todo instrumento formulado por una o más partes con motivo de su celebración y aceptado por las demás como instrumento referente al mismo, todo acuerdo ulterior entre las partes acerca de la interpretación del tratado o de la aplicación de sus disposiciones, toda práctica ulteriormente seguida al respecto y toda forma pertinente de Derecho internacional aplicable en las relaciones entre las partes.

Por lo tanto, la interpretación se habrá de efectuar también a la luz de los principios de Derecho internacional de ley posterior, de especialidad, pro-homine y de norma directamente operativa.

Según estos parámetros, no será válido todo lo que a dicho texto se oponga y no se interprete siempre según el mejor interés de la persona. ¿Cuál es este interés en el caso de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad? Por lo que se desprende del texto y de su propio contexto, partirá de la protección de la autonomía personal en la toma de decisiones y se complementará con una amplia red de apoyos que actuará de forma gradual según las circunstancias específicas de la persona. Los apoyos podrán ser, de este modo, de mayor o menor intensidad, yendo desde el mero respaldo hasta la actuación conjunta fundamentada en el criterio de la narrativa de vida. Es decir, cada persona, con sus propias características, circunstancias y necesidades, requerirá un trato específico conforme al respeto a su dignidad en cuanto a tal y sus preferencias.

Ahora bien, es importante conocer en profundidad la naturaleza y contenido de este tratado internacional para comprender la dimensión de lo que se narra. La Convención, como hemos visto, no otorga derechos nuevos. Así lo expresa Naciones Unidas cuando se refiere a ella: “En un mundo perfecto, los derechos enumerados en la Declaración Universal de Derechos Humanos serían suficientes para proteger a todos. Pero en la práctica, a ciertos grupos, les ha ido mucho peor que a otros y las convenciones internacionales tienen por objeto proteger y promover los derechos humanos de tales grupos. Es decir, los derechos humanos son preexistentes y las personas con discapacidad, incluidas aquellas cuyo origen se encuentra en una enfermedad mental, los tienen en su haber desde los albores de la comunidad internacional, como miembros de la familia humana. La propia Convención es muy clara al respecto, al observar con preocupación que, pese a los diversos instrumentos y actividades, “las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo”.

Dada la especial vulnerabilidad de estas personas y ante los reiterados atropellos a sus

derechos, se les dota de este nuevo instrumento para su protección. Por lo tanto, no hay que esperar a que los Estados firmantes (entre los que se incluye España) modifiquen su normativa interna para adaptarla a este texto y dar la medida de los incumplimientos, ya que tales incumplimientos se habían producido mucho antes. Ahora, simplemente, se cuenta con una herramienta más eficaz para la autodefensa.

El 25 de abril de 2002 la Comisión de Derechos Humanos solicitó al Secretario General que informara anualmente a la Asamblea General sobre los progresos realizados en relación al pleno reconocimiento del disfrute de los derechos humanos en las personas con discapacidad, lo cual ha permitido ir configurando una serie de normas desde las que se puede constatar la protección que el Derecho internacional otorga a tales derechos en relación con las personas con discapacidad.

Concretamente, en el caso de discapacidad mental en sentido amplio, el Secretario General elaboró un informe que sintetizaba todos los avances logrados en este ámbito, contribuyendo al mismo tiempo a arrojar algo de luz a los debates que se producían en torno a la entonces propuesta de Convención. Las reflexiones del Secretario General son importantes en tanto en cuanto constituyen un elemento interpretativo del texto nada desdeñable. Concretamente, en lo que al internamiento involuntario se refiere, encuentra la raíz de sus argumentos en normas anteriores a la Convención como son el artículo 9.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en el párrafo 1 de la Observación general No. 8 (1982) del Comité de Derechos Humanos, relativa a la libertad y a la seguridad personales, que, en consonancia con los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, permiten estructurar todo un sistema de criterios y garantías en caso de internamiento involuntario. Eso sí, sólo podrán ser considerados aquellos contenidos que no contradigan las disposiciones de la Convención.

2.7 Relación numérica de pacientes ingresados en el HUNSC desde el año 2018 hasta la actualidad:

<b>Ingresos</b>	<b>Enero</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Jun</b>	<b>Julio</b>	<b>Agos</b>	<b>Sept</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>
<b>2018</b>	36	28	41	47	36	46	41	42	34	38	37	32
<b>2019</b>	24	33	36	32	42	38	34	37	33	34	29	36
<b>2020</b>	38	29	27	28	40	51	39	33	39	31	25	34
<b>2021</b>	30	33	31	33	26	35	33	33	32	37	33	27
<b>2022</b>	34	34	48	42	37	26						

Tabla 1

Actualmente no se realiza distinción en el registro de ingresos voluntarios e involuntarios de pacientes que ingresan en la Unidad de Psiquiatría del HUNSC. Se puede acceder a los datos de ingresos hospitalarios psiquiátricos en general, a través de las memorias del hospital, publicadas en la Intranet del SCS, o bien a través de Gestión Sanitaria, previa cumplimentación de una incidencia a través del mismo portal.

En la presente tabla no se aprecia una tendencia de aumento o disminución de ingresos psiquiátricos que se mantenga constante en el tiempo determinado.

Número de sujeciones mecánicas desde 2018 hasta la actualidad en el HUNSC:

<b>2020</b>	<b>% pacientes con contención mecánica</b>	<b>N° de pacientes ingresados</b>
Julio	37,00%	46
Agosto	21,00%	36
Septiembre	18,00%	42
Octubre	11,50%	31
Noviembre	11,50%	31
Diciembre	11,40%	34
<b>2021</b>		
Enero	11,00%	30
Febrero	15,50%	31
Marzo	11,00%	35
Abril	15,50%	35
Mayo	13,30%	23
Junio	17,7%	45
Julio	8,80%	28
Agosto	15,50%	37
Septiembre	6,60%	41
Octubre	11,60%	37
Noviembre	23,20%	39
Diciembre	13,95%	33
<b>2022</b>		
Enero	13,90%	33
Febrero	6,90%	37
Marzo	18,60%	55
Abril	18,60%	40
Mayo	13,90%	35
Junio	4,60%	30
Julio	9,30%	

Tabla 2

2.8 Relación numérica de pacientes atendidos en consultas ambulatorias en la Comunidad de Canarias desde el año 2018 hasta la actualidad (obtenidos del registro del RECAP):

COMUNIDAD	Año	Isla	Hospital	Grupo Adulto	Infantil /	Sexo	Nº Pacientes atendidos	1ª Consultas Realizadas	Consultas Sucesivas Realizadas							
CANARIAS	2018	El Hierro	HINSR	Adulto		Mujer	320	88	1295							
						Varón	159	58	739							
				Infantojuvenil		Mujer	33	14	83							
						Varón	39	20	80							
				Fuerteventura	HGF	Adulto		Mujer	1497	432	7086					
								Varón	846	297	4414					
						Infantojuvenil		Mujer	352	152	1411					
								Varón	679	211	2587					
						Gran Canaria	CHUIMI	Adulto		Mujer	5290	987	24408			
										Varón	4018	673	25964			
				Infantojuvenil				Mujer	863	360	11273					
								Varón	1665	543	18199					
				Gran Canaria	HUGCDN	Adulto		Mujer	4776	1150	28794					
								Varón	3783	946	30087					
						Infantojuvenil		Mujer	589	286	2069					
								Varón	1160	384	3877					
				La Gomera	HNSG	Adulto		Mujer	459	128	1986					
								Varón	264	79	1700					
						Infantojuvenil		Mujer	36	20	126					
								Varón	50	19	224					
				La Palma	HGLP	Adulto		Mujer	1844	440	7112					
								Varón	978	231	4021					
						Infantojuvenil		Mujer	226	91	628					
								Varón	360	90	922					
				Lanzarote	HDJMO	Adulto		Mujer	1949	551	10041					
								Varón	1251	322	12104					
						Infantojuvenil		Mujer	529	212	2908					
								Varón	934	321	3819					
						Tenerife	HUC	Adulto		Mujer	7405	1948	23857			
										Varón	4566	1288	19344			
				Infantojuvenil				Mujer	1233	608	3250					
								Varón	2116	809	5633					
				Tenerife	HUNSC	Adulto		Mujer	6622	1419	24785					
								Varón	3879	868	19823					
						Infantojuvenil		Mujer	945	669	11062					
								Varón	1776	1138	21043					
				2019	El Hierro	HINSR	Adulto		Mujer	357	95	1355				
									Varón	175	54	719				
							Infantojuvenil		Mujer	30	14	81				
									Varón	31	16	96				
							Fuerteventura	HGF	Adulto		Mujer	1436	406	5671		
											Varón	844	280	3782		
									Infantojuvenil		Mujer	370	154	1133		
											Varón	676	189	2372		
									Gran Canaria	CHUIMI	Adulto		Mujer	5505	1052	25134
													Varón	4137	684	25596
							Infantojuvenil				Mujer	959	606	11216		
											Varón	1811	1092	16157		
							Gran Canaria	HUGCDN	Adulto		Mujer	4886	1235	29259		
											Varón	3964	1091	29949		
									Infantojuvenil		Mujer	569	259	2332		
											Varón	1168	396	3722		
							La Gomera	HNSG	Adulto		Mujer	466	118	1801		
											Varón	262	86	1736		
									Infantojuvenil		Mujer	53	23	192		
											Varón	88	42	411		

2020	La Palma	HGLP	Adulto	Mujer	1812	383	6865
				Varón	954	247	3620
			Infantojuvenil	Mujer	272	112	731
	Varón	433		147	1009		
	Lanzarote	HDJMO	Adulto	Mujer	2052	574	11232
				Varón	1286	358	10859
Infantojuvenil			Mujer	569	237	2394	
			Varón	949	267	3938	
Tenerife	HUC	Adulto	Mujer	7568	1972	24741	
			Varón	4687	1268	20024	
		Infantojuvenil	Mujer	1250	529	3361	
	Varón		2255	768	5173		
	HUNSC	Adulto	Mujer	6843	1528	24654	
			Varón	4010	877	19851	
Infantojuvenil		Mujer	1028	480	13939		
	Varón	2058	747	22120			
El Hierro	HINSR	Adulto	Mujer	331	67	1081	
			Varón	157	48	667	
		Infantojuvenil	Mujer	38	13	116	
Varón	36		19	97			
Fuerteventura	HGF	Adulto	Mujer	1553	415	6072	
			Varón	905	254	4048	
		Infantojuvenil	Mujer	337	126	1261	
			Varón	652	183	2385	
Gran Canaria	CHUIMI	Adulto	Mujer	5594	1022	24260	
			Varón	4122	615	25764	
		Infantojuvenil	Mujer	942	368	11107	
	Varón		1703	449	13382		
	HUGCDN	Adulto	Mujer	4615	935	28629	
			Varón	3770	810	28223	
Infantojuvenil		Mujer	621	287	2337		
	Varón	1169	363	4328			
2021	La Gomera	HNSG	Adulto	Mujer	456	108	2213
				Varón	267	76	1713
			Infantojuvenil	Mujer	68	34	416
	Varón	102		32	571		
	La Palma	HGLP	Adulto	Mujer	1890	325	6315
				Varón	963	198	3258
Infantojuvenil			Mujer	276	106	769	
			Varón	410	96	1119	
Lanzarote	HDJMO	Adulto	Mujer	2112	554	10007	
			Varón	1316	376	10089	
		Infantojuvenil	Mujer	568	178	2072	
			Varón	987	217	3255	
Tenerife	HUC	Adulto	Mujer	7360	1779	23250	
			Varón	4475	1125	18699	
		Infantojuvenil	Mujer	1223	494	3011	
	Varón		2217	577	4728		
	HUNSC	Adulto	Mujer	6775	1884	23473	
			Varón	4013	1181	19192	
Infantojuvenil		Mujer	1143	448	13359		
	Varón	2129	570	17243			
El Hierro	HINSR	Adulto	Mujer	317	84	1068	
			Varón	160	51	565	
		Infantojuvenil	Mujer	44	21	161	
Varón	52		26	107			
Fuerteventura	HGF	Adulto	Mujer	1713	447	6567	
			Varón	946	267	4371	
		Infantojuvenil	Mujer	423	209	1577	
			Varón	736	251	2741	
Gran Canaria	CHUIMI	Adulto	Mujer	5832	1016	23887	
			Varón	4194	669	24701	
		Infantojuvenil	Mujer	1302	619	14082	

			Varón	2020	675	14977	
			Mujer	4641	1085	27591	
		HUGCDN	Adulto	Varón	3869	924	28007
			Mujer	803	419	2707	
			Infantojuvenil	Varón	1319	516	4003
			Mujer	422	91	1688	
		HNSG	Adulto	Varón	254	70	1347
			Mujer	98	37	386	
			Infantojuvenil	Varón	123	52	527
			Mujer	1939	349	6184	
		HGLP	Adulto	Varón	948	181	3219
			Mujer	261	102	653	
			Infantojuvenil	Varón	359	86	762
			Mujer	2661	676	12278	
		HDJMO	Adulto	Varón	1562	396	12901
			Mujer	726	271	2115	
			Infantojuvenil	Varón	1103	279	3068
			Mujer	7600	1924	23216	
		HUC	Adulto	Varón	4529	1118	19104
			Mujer	1420	748	3525	
			Infantojuvenil	Varón	2196	755	4395
			Mujer	7637	1691	26421	
		HUNSC	Adulto	Varón	4378	993	20998
			Mujer	1330	615	16551	
			Infantojuvenil	Varón	2151	645	18280
			Mujer	213	34	399	
		HINSR	Adulto	Varón	113	29	207
			Mujer	33	10	64	
			Infantojuvenil	Varón	30	4	41
			Mujer	1296	222	2677	
		HGF	Adulto	Varón	670	117	1698
			Mujer	290	80	659	
			Infantojuvenil	Varón	528	94	1032
			Mujer	4704	552	12913	
		CHUIMI	Adulto	Varón	3586	404	12340
			Mujer	1048	340	5254	
			Infantojuvenil	Varón	1562	311	4728
			Mujer	3963	739	14294	
		HUGCDN	Adulto	Varón	3289	578	15201
			Mujer	638	194	1422	
			Infantojuvenil	Varón	1108	254	2112
			Mujer	315	41	735	
		HNSG	Adulto	Varón	197	28	581
			Mujer	64	17	126	
			Infantojuvenil	Varón	80	16	154
			Mujer	1691	258	3287	
		HGLP	Adulto	Varón	734	107	1395
			Mujer	183	57	247	
			Infantojuvenil	Varón	227	54	227
			Mujer	1602	256	4281	
		HDJMO	Adulto	Varón	1048	151	4949
			Mujer	366	102	787	
			Infantojuvenil	Varón	501	84	1023
			Mujer	6122	1037	14014	
		HUC	Adulto	Varón	3626	601	10841
			Mujer	1122	389	2508	
			Infantojuvenil	Varón	1761	333	2628
			Mujer	5927	777	13661	
		HUNSC	Adulto	Varón	3573	512	10705
			Mujer	1066	292	8367	
			Infantojuvenil	Varón	1892	375	8250

Tabla 3

### 3. CONCLUSIONES

Conclusiones de los testimonios del estudio consultado en referencia a los testimonios añadidos en el punto 2.2:

Los datos recogidos proporcionaron una serie de conocimientos sobre la forma en que las personas experimentaron el tratamiento psiquiátrico forzoso en diferentes países. Sin embargo, lo más sorprendente no fue sólo la variedad, sino también la coherencia de los testimonios en sus rasgos principales: personas de distintos orígenes lingüísticos o sociales, en distintos contextos sociales y culturales, de distintas partes de Europa, se sintieron traumatizadas de forma similar por la asistencia mental forzada.

Las voces de los que experimentaron el tratamiento involuntario deben ser parte integrante de cualquier debate. Por ello he decidido incluirlos en mi trabajo, porque las personas que han sufrido y siguen sufriendo enfermedades mentales deben ser escuchadas, para ser tenidas en cuenta, mejorar la calidad asistencial y la legislación vigente y potenciar medidas sociosanitarias que eviten la vulneración de los derechos humanos.

Conclusiones en referencia a los datos obtenidos de ingresos psiquiátricos en el hospital de Nuestra Sra de la Candelaria y sujeciones mecánicas en la Unidad de Psiquiatría del HUNSC desde 2018 a la actualidad:

El número de ingresos por año y por mes se mantiene más o menos constante, sin haber aparentemente una tendencia fija de aumento o descenso durante los últimos cuatro años. Ha resultado imposible obtener datos de ingresos involuntarios, dado que no se registran en el HUNSC, ni se hace distinción entre voluntarios e involuntarios en el momento de registrar el tipo de ingreso. Mi intención para añadir tal información a este trabajo era crucial, sin embargo no se me ha facilitado por ningún medio y según he comprobado, tal registro a día de hoy, no se lleva a cabo.

Por otro lado, sí se realiza el registro de las contenciones mecánicas en la planta de psiquiatría del HUNSC. En la tabla 2 se presenta el número de sujeciones mecánicas desde el año 2020 hasta la actualidad, que fue cuando se comenzaron a registrar manualmente, y no a través del formulario de contenciones mecánicas añadido en el programa drago, utilizado en el HUNSC. La tendencia, aparentemente, es la disminución de la utilización de tales medidas, desde el comienzo de 2020, manteniéndose posteriormente constante, por debajo de un 20% del total de pacientes ingresados cada mes. Es decir, parece que precisan este tipo de medidas, menos del 20% de los pacientes ingresados cada mes en dicha unidad, desde el último año hasta la actualidad.

Extraigo como conclusión de la tabla obtenida por el RECAP de consultas ambulatorias en Canarias, que es mayor el número de pacientes mujeres que acuden a consultas psiquiátricas en la edad adulta, que el de hombres. En algunas islas, hablamos del doble de mujeres que de hombres y esta tendencia se mantiene constante durante los cuatro años que se han ido añadiendo estos datos. Sin embargo, en la etapa infanto juvenil, la tendencia es totalmente la contraria; hay un mayor número de consultas psiquiátricas en hombres, que en mujeres, manteniéndose tal tendencia también constante en tiempo y además en las distintas islas.

Para finalizar, y como conclusión final, considero que aun queda mucho por avanzar en salud mental, para que no sigan vulnerándose los derechos de las personas discapacitadas mentalmente y no continuemos normalizando conductas paternalistas en sanidad que han sido la tónica diaria durante años de historia, sin ser cuestionadas.

Se presenta como una prioridad absoluta, dado el aumento considerable de consultas en Salud Mental, probablemente potenciado en los últimos años por la pandemia de la Covid-19, así como el aumento de suicidios, una mejora sociosanitaria de los recursos humanos y materiales enfocados hacia la Salud Mental, que eviten todo tipo de abandono y diferencia social por razón de discapacidad, así como una actualización y aclaración de la norma, acorde con las recomendaciones de la CDPD y otros organismos expertos en cuestiones éticas.

## BIBLIOGRAFÍA

- *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)*. (2006). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6963>.  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6963>
- Nicolás Jouve de la Barreda. (2018, 22 enero). *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*. CiViCa. [http://civica.com.es/etica\\_social/informe-del-comite-bioetica-espana-la-necesidad-adaptar-la-legislacion-espanola-la-convencion-derechos-las-personas-discapacidad/#:%7E:text=El%20Co%20mit%3%A9%20de%20Bio%3%A9tica%20de%20Espa%C3%B1a%20en,2006%20de%20Naciones%20Unidas.%20%E2%80%93%3E%20INFORME%20DEL%20CBE](http://civica.com.es/etica_social/informe-del-comite-bioetica-espana-la-necesidad-adaptar-la-legislacion-espanola-la-convencion-derechos-las-personas-discapacidad/#:%7E:text=El%20Co%20mit%3%A9%20de%20Bio%3%A9tica%20de%20Espa%C3%B1a%20en,2006%20de%20Naciones%20Unidas.%20%E2%80%93%3E%20INFORME%20DEL%20CBE)
- Rubio, J. L. (2020). *La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: modificaciones necesarias en las leyes y en las prácticas de salud mental*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7731801>
- *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: UNESCO*. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos. [http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- Roig Salas A, González Álvarez O, Díez Fernández ME, Hernández Monsalve M, Leal Rubio J, et al (2012). “Propuesta de regulación de los ingresos involuntarios”. Dialnet. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16345/16191>
- Roig Salas (2012). “El tratamiento ambulatorio involuntario, historia de una obstinación”. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*. <http://www.ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16346/16192>
- Mapping and understanding exclusion in Europe. (s. f.). <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>
- Aspectos constitucionales y procesales del internamiento por razón de trastorno psíquico: especial referencia a la STC 132/10 y a la naturaleza jurídica-procesal de la institución · Noticias Jurídicas (juridicas.com)
- Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Disponible en la página web del Gobierno de Canarias.

## ANEXOS

### Siglas y acrónimos

ONU: Organización de Naciones Unidas

CDPD: Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

TC: Tribunal Constitucional

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional

CE: Constitución Española

LEC: Ley de Enjuiciamiento Civil

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría

RECAP: Registro de Consultas Ambulatorias Psiquiátricas en Canarias