GRUPO PARLAMENTARIO CONFEDERAL
UNIDOS PODEMOS
EN COMÚ PODEM | EN MAREA

A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

El Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos - En Comú Podem-En Marea, al amparo de lo dispuesto en los artículos 124 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presenta la presente **Proposición de Ley de derechos en el ámbito de la Salud Mental,** para su debate y aprobación por el pleno de la Cámara.

Madrid a 27 de febrero de 2019

Amparo Botejara
Diputada

Ángela Rodríguez
Diputada

Irene Montero
Portavoz

Proposición de Ley de Derechos en el ámbito de la Salud Mental

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La salud mental es una parte fundamental de la salud entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la mera la ausencia de afecciones o enfermedades. Es por ello que resulta una cuestión prioritaria y un bien de interés público esencial para el bienestar de nuestra ciudadanía.

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso multideterminado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

En los años 80 se inicia en España la llamada "Reforma Psiquiátrica", que da paso a la desinstitucionalización. La práctica clínica extendida para solucionar los problemas de salud mental y cuidar el bienestar social era la reclusión en instituciones de la persona diagnosticada, alejándola de la comunidad y colocándola en un contexto de total exclusión social y asumiendo su cronicidad.

Desde entonces, en todos estos años los avances en este campo han sido muy discretos y desiguales. El abordaje de estos problemas, y del bienestar de las personas, ha ido dirigido de manera prácticamente única a minorar el síntoma fundamentalmente a través del tratamiento farmacológico, relegando la promoción y la inclusión social y comunitaria.

En estos años varios planes y estrategias de salud mental se han publicado, bien a nivel del Ministerio de Sanidad o de las Consejerías de las diferentes Comunidades Autónomas, aunque su traslado a la realidad social actual indica que su implementación sigue sin garantizar los derechos humanos y libertades fundamentales en el ámbito de la atención que se brinda a las personas por motivos de salud mental.

En nuestro Sistema Nacional de Salud, los problemas de salud mental representan el área que ha recibido un menor nivel de resolución, contamos con una atención fragmentada, insuficiente, biologicista y enfocada al síntoma y, o bien carecemos de datos epidemiológicos, o bien éstos son incompletos y de poca utilidad para valorar la incidencia, prevalencia y el impacto de los trastornos mentales.

Los problemas de estructura y de recursos humanos son de igual forma importantes. A través de un estudio sistemático y comparado con los países de nuestro entorno, España cuenta con un número escandalosamente menor de profesionales en los diversos ámbitos: psiquiatría, psicólogía, enfermería de salud mental… De la misma forma, los recursos sociales y materiales así como la estructura de la atención primaria necesaria para dar una atención comunitaria en salud mental de calidad es clave para una atención integral y de inclusión social. Para un correcto funcionamiento del sistema y tomando en cuenta la organización descentralizada y compleja de nuestro modelo territorial y competencial es fundamental la coordinación de las distintas estructuras. En conclusión: España es de los países europeos con menor gasto público en salud mental.

Actualmente la salud mental debe ser considerada una prioridad absoluta. De acuerdo con la previsión de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 25% de la población tendrá un problema de salud mental a lo largo de su vida. Situaciones de incertidumbre vital como la crisis económica, el paro y la precariedad laboral generan en las personas situaciones que implican riesgos para su salud mental.

Además, es necesario tener muy presente el aumento de la esperanza de vida, las estructuras monoparentales o monomarentales en aumento, el maltrato infantil y de mayores, la violencia contra las mujeres, las adicciones que afectan en gran medida a nuestra población más joven… Todos estos factores, que tienen consecuencias negativas sobre la salud mental de las personas y que aumentan preocupantemente en los últimos tiempos hacen urgente la reconsideración de nuestros servicios públicos de salud para formularlos de una forma más provechosa y útil.

Es claro que si la cuestión de la salud mental no ha supuesto un problema de gran calado para ninguno de los gobiernos sucesivos desde la reinstauración democrática después de la dictadura, ha sido porque son las familias, desde el ámbito privado, quienes han contenido el problema dedicando tiempo, dinero y muchos cuidados a los y las familiares que han padecido algún problema de salud mental.

Asumiendo que la salud mental tiene un componente social importante y que las personas tienen reconocido a nivel interno e internacional el derecho al más alto nivel de bienestar físico, mental y social, no parece razonable relegar la salud mental al ámbito privado y familiar sino que es necesario generar normas, planes y políticas públicas convenientes, practicables y que den respuesta a las necesidades reales de las personas beneficiarias.

II

La Constitución Española de 1978 reconoce en su artículo 43.1 el derecho a la protección a la salud, y en su apartado encontramos un mandato a los poderes públicos para

organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Sin embargo, a pesar de ser claro el texto de la ley fundamental, el concepto de protección no se ha interpretado como tal y nuestro sistema sanitario se ha dirigido única y fundamentalmente a ofertar cuidados sanitarios frente a las enfermedades. Igual que en otras áreas de la sanidad, el campo de la prevención ha estado totalmente abandonado en la salud mental.

Continuando la lectura del texto constitucional, vemos que en el artículo 49 se contempla un nuevo mandato a los poderes públicos para que lleven a cabo una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración del colectivo de personas con discapacidad a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos reconocidos en el Título I de la Constitución. El desarrollo del mandato contenido en el artículo 49 se centra, pues, en la batería de políticas asistenciales a las personas con discapacidad adoptadas y normadas por los poderes públicos; políticas que se proyectan en una pluralidad de ámbitos diferenciados (laborales, culturales, vivienda, educación, ocio, deportes, etc.). Esto encuentra su base en la asunción de que la discapacidad impide o dificulta su inserción normalizada en las relaciones vitales habituales de la vida social. De la misma manera que es irrelevante que la discapacidad sea de nacimiento o sobrevenida, también es irrelevante, a los efectos de la protección que dispone este precepto, que la causa de la dificultad de inserción provenga de una discapacidad física, o sensorial o de un problema psíquico, ya que lo que se valora es la existencia cierta de la misma.

Abordando la cuestión competencial, haremos referencia al artículo 149.1.1º que faculta al Estado - esto es, a un nivel administrativo superior al autonómico y foral- a la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales. Más concretamente, el artículo 149.1.16º faculta al Estado de forma exclusiva para el establecimiento de las bases y la coordinación general de la sanidad. Esto ha sido tratado por el Tribunal Constitucional en los siguientes términos: “los criterios generales de regulación de un sector de ordenamiento jurídico deben ser comunes a todo el Estado”.

La situación actual de la Salud Mental no cumple con lo que está recogido en nuestra Constitución, en tanto se han identificado enormes problemas en lo que a inequidad se refiere cuando abordamos la situación de la salud mental en los distintos territorios de España.

En 1986 se promulga la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad para, entre otras cuestiones, dar respuesta a los artículos 43 y 49 de la Constitución y que contempla la reforma sanitaria con la creación del Sistema Nacional de Salud. Los servicios sanitarios se concentran así bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección en lo básico y la coordinación del Estado. En esta ley se asegura a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. Se

reconocer, pues, el acceso a una atención sanitaria pública de calidad y en condiciones de igualdad, independientemente del lugar de su residencia.

El artículo 6 de esta norma apunta que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de enfermedades y no sólo curación de las mismas, rehabilitación y reinserción social del paciente. También se desarrolló un nuevo modelo de Atención Primaria que debería poner énfasis en todas estas funciones anteriormente enumeradas. Sin embargo, todas estas importantes facetas en la salud mental no se han abordado. Sí se mencionan, no obstante, los planes integrales de salud para que las Administraciones sanitarias adopten un enfoque integral en la atención a las enfermedades más prevalentes. Estos planes y/o estrategias, que sí se han elaborado en las distintas Comunidades Autónomas, no han supuesto herramientas útiles para solucionar los problemas de salud mental. Este fracaso puede responder, entre otros factores, a la falta de participación en su creación de profesionales, familiares y pacientes.

Es el artículo 20 de esta ley el que versa sobre salud mental y, en su punto primero anuncia que, la atención a estos problemas de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Esto supuso en teoría el cierre de las instituciones psiquiátricas, los llamados manicomios. Vemos que el legislador quiso hacer referencia a que hospitalización sería, en todo caso, el último recurso para el tratamiento y sólo en caso en que las demás opciones no fueran posibles. Continuando la disección normativa, encontramos una referencia concreta a la psiquiatría infantil y a la psicogeriatría.

Este mismo artículo obliga a desarrollar 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. Y, por último apunta que los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán en coordinación con los servicios sociales los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida a la pérdida de salud en general.

Una vez más entre lo recogido en la ley y la realidad actual ofrece motivos suficientes para abordar y promulgar una Ley de Salud Mental que desarrolle y explicite mecanismos y derechos para las personas.

Por su parte, 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, fue un paso más en la conquista de los derechos de las personas sobre su propio cuerpo, sobre el respeto a su intimidad y dignidad, pues desde entonces toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento del paciente. Además, se

proclama el derecho a una información adecuada y el derecho a decidir libremente sobre sus opciones clínicas y tratamientos.

En nuestro país, las intervenciones forzosas o contra la voluntad de las personas en materia de salud mental se siguen aplicando de manera sistemática, lo que supone un problema estructural de vulneración de derechos humanos y libertades fundamentales al que urge responder, tal como ordenan los tratados internacionales en materia de Derechos Humanos ratificados por el Estado español.

En la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, está contemplado que las prestaciones de los servicios sanitarios deberán ser en condiciones de igualdad efectiva y de calidad. Esta ley cumple el objetivo de coordinar y hacer funcionar la cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias. Así, su artículo 7 recoge, de nuevo, en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la atención integral junto con servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud. En los artículos 12 y 13 está recogida la atención a la salud mental: en el primero como prestación de Atención Primaria puntualizando la coordinación de esta con la Atención Especializada, que viene recogida en el segundo. En el artículo 14 de prestación de atención sociosanitaria, no está descrita ninguna función en el contexto de la Salud Mental, ni con la rehabilitación ni reinserción social. En el artículo 24 se recoge el acceso a las prestaciones sanitarias se garantizarán con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios. Es precisamente esta ley la que regula el Consejo Interterritorial, el órgano fundamental de la cohesión del Sistema Nacional de Salud, que garantizará de forma efectiva y equitativa los derechos de la ciudadanía en todo el territorio del Estado. Entre sus funciones está la aprobación de planes integrales.

La ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad establece, por su parte, medidas para garantizar y hacer efectiva esta igualdad a las personas con discapacidad, lo que implica necesariamente prohibición de discriminación sea ésta directa o indirecta. Recoge, en su artículo 12, medidas de sensibilización y formación para promocionar la igualdad de oportunidades y la no discriminación. La aplicación real y efectiva de este artículo sería fundamental para los problemas de estigma de la salud mental; pero es un hecho que no está siendo así.

En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, se apunta a la obligación de los poderes públicos de atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente los derechos de ciudadanía. Esto, en la España de hoy, no está siendo aplicado a los y las pacientes con problemas salud mental.

En el anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización está recogida la prestación en salud mental. Así, se establece la forma en que los problemas en Salud Mental deben ser abordados y valorados por su médico o médica de familia en la Atención Primaria y desarrollar actividades de prevención y promoción y apoyo en las distintas etapas del ciclo vital. Cuando esté superada la capacidad de resolución del problema de salud mental el o la paciente será derivada a los servicios de este ámbito en la Atención Primaria, pero no figura en esta redacción la función de rehabilitación e inserción en el medio social. Únicamente está recogido el seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

En la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, se intenta alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población. Esta regulación pretende que los servicios sanitarios encuadrados en el asuman un papel más relevante en la acción preventiva y en la salud comunitaria, lo que sin duda es una cuestión urgente. Sin embargo, esta ley está pendiente de ser desarrollada, por lo que su alcance a día de hoy es del todo insuficiente.

En el año 2008, España ratifica los acuerdos aprobados en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en el año 2011 se legisla adaptando la normativa con el fin de dar cumplimiento a los compromisos adquiridos a través de la ratificación de la Convención. De esta transposición, surgen la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad o el Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ambas normas modifican otras que le precedían, así como reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituían discriminación contra las personas con discapacidad, pues la salud mental queda comprendida dentro del ámbito de la discapacidad psicosocial.

III

En el contexto internacional y en relación a la salud mental la Organización Mundial de la Salud, ante la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitarios y sociales de los distintos países, emite un Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Este plan está orientado a garantizar un tratamiento integral con un enfoque multisectorial atendiendo a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación, para así evitar situaciones donde se niegan derechos civiles, políticos o el derecho a ejercer su capacidad jurídica entre otras cuestiones flagrantes. Esta organización internacional también nos ha recordado en varias ocasiones que personas con problemas mentales suelen vivir situaciones de

vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de las sociedad y que estas situaciones contravienen el acuerdo ratificado por distintos países en la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, que en nuestro país se encuentra en vigor desde el 3 de Mayo de 2008, como se apuntaba más arriba. Desde entonces, se acepta que todas las personas tienen los mismos derechos y libertades y que hay que proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, así como su participación en la vida civil, política, económica, social y cultural de sus países.

Así que este Plan se realiza para fomentar y proteger la salud mental, para prevenirlos trastornos mentales y que las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones. El primer objetivo de este plan es reforzar el liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental. Se contempla en este punto que las personas con problemas de salud mental son un grupo expuesto a contextos de vulnerabilidad maximizada y exclusión social que requiere atención prioritaria y se insta a los países a legislar sobre la salud mental y a codificar los principios, valores y objetivos fundamentales de la política de salud mental. Para ello, propone, a modo de ejemplo el establecimiento de mecanismos legales y de supervisión para fomentar los Derechos Humanos y desarrollar en la comunidad servicios de salud y sociales accesibles, y planificar y asignar los recursos suficientes para ello. Se fecha en el año 2020 el momento en que los países hayan elaborado o actualizado, su legislación sobre salud mental.

El segundo objetivo tiene que ver con proporcionar, en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta. Vemos que la Organización Mundial de la Salud recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria, la integración de la atención primaria y atención especializada, la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud, la colaboración eficaz entre los prestadores de Atención formales e informales y el fomento de la autoasistencia.

La prestación de servicios comunitarios de salud mental ha de tener un enfoque basado en la recuperación que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas afectadas alcancen sus propias aspiraciones y metas. Es fundamental escuchar y atender las opiniones de las personas afectadas sobre sus trastornos y sobre lo que les puede ayudar a recuperarse. Y es necesaria una participación y un apoyo activo de los usuarios en la reorganización, la prestación y la evaluación y seguimiento de los servicios, de modo que el tratamiento y la atención responda mejor a sus necesidades. La gestión y los recursos deben estar fundamentalmente en el ámbito comunitario sin dejar de atender, por supuesto, el sanitario.

El siguiente objetivo del Plan es aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental. Para ello, hay que utilizar datos sobre los factores de riesgo y de protección para emprender acciones de prevención y protección y promover la salud mental en todas las etapas de la vida que sean realmente acordes con las necesidades de las personas, ocupen estas un rol como profesionales o como pacientes. Las intervenciones tempranas dirigidas a niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales deben ser científicamente contrastadas de carácter no farmacológico, ya sean psicosociales o de otra índole, dispensadas desde el ámbito comunitario, para evitar ingresos y medicalización.

La prevención del suicidio es una de las prioridades que resulta, además de importante, urgente. En los problemas mentales hay factores de riesgo asociados al suicidio, la protección de las personas con elevado riesgo y el reconocimiento y tratamientos precoces.

Combatir los efectos de la estigmatización, la discriminación y otras violaciones de Derechos Humanos relacionados con la salud es otro de los cometidos fundamentales de esta ley que deberá crear los mecanismos pertinentes para su detección, denuncia y reparación.

El cuarto objetivo de este Plan y, por tanto, de la Organización Mundial de la Salud es reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental. Los datos e indicadores básicos son necesarios para valorar la magnitud del problema, los resultados de las actuaciones y las inequidades, así como para diseñar políticas públicas más ajustadas a las demandas y necesidades de profesionales y pacientes.

En el año 2006, la Convención ya mentada de la Organización de las Naciones Unidas modifica el concepto de “discapacidad” de una visión tradicional de la misma como un concepto estático para proclamar que 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 los demás. Por lo tanto, en la discapacidad intervienen dos factores: a) número y carácter de las barreras existentes en el entorno de la persona y b) número y carácter de los apoyos existentes en el entorno de la persona.

Los últimos acuerdos en Salud Mental se han realizado en la conferencia “Democracia y Salud Mental Comunitaria” que tuvo lugar en el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud en Trieste, Italia, en Junio de 2018. Allí, expertos y expertas de más de treinta países del campo de la salud mental discutieron y rechazaron el Proyecto de Protocolo Adicional al Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (más conocido como Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina o Convenio de Oviedo), tal como la propuso el Comité de Bioética del

Consejo de Europa sobre la protección de los Derechos Humanos y dignidad de las personas con trastornos mentales respecto al internamiento y tratamiento involuntario por apartarse de las normas emitidas por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con Discapacidad.

También hay que añadir que la Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo (PACE) desaconseja este proyecto de Protocolo. A este posicionamiento contrario se suman un gran número de organizaciones europeas y órganos de Derechos Humanos de alto nivel, reconociendo que el internamiento y el tratamiento involuntario suponen una amplia violación de los derechos humanos, incluido el uso de la reclusión y restricción que viola los derechos humanos de las personas con discapacidades psicosociales.

IV

La Ley se estructura en un título preliminar, cinco títulos, una disposición adicional y tres disposiciones finales.

El Título Preliminar delimita el objeto de la norma, su ámbito de aplicación y los principios que la inspiran. Además, contiene una cláusula para garantizar la igualdad en el acceso, las definiciones que tendrán que considerarse a efectos de la ley y finaliza con la introducción de la perspectiva de género que será transversal e interseccional.

El Título Primero se divide en cuatro Capítulos consecutivos, de los cuales el primero se encarga del reconocimiento de derechos de las personas con problemas de salud mental con carácter general reservando los tres siguientes al reconocimiento de derechos específicos o especialmente protegidos a colectivos que se encuentran en una situación de vulnerabilidad maximizada: personas con discapacidad, niños, niñas y adolescentes; y mujeres, respectivamente.

El Título Segundo regula la atención libre de coerción y de tratamientos involuntarios, haciendo mención a la necesaria voluntariedad del internamiento y a la abolición progresiva de la contención mecánica a través de procedimientos y buenas prácticas en los centros que presten asistencia sanitaria o social.

El Título Tercero instaura la figura de una Defensoría del y la persona con problemas de salud mental, que tendrá carácter autonómico y asumirá una serie de funciones encaminadas todas a velar por la garantía de los derechos de las personas que estén recibiendo asistencia sanitaria o social por problemas de salud mental.

El Título Cuarto regula las cuestiones referentes a la formación, a la investigación y al desarrollo de campañas de lucha contra la estigmatización.

Por último, el Título Quinto versa sobre el suicidio haciendo mención a la generación de un protocolo actualizado de prevención del mismo, así como la necesaria inversión en formación e investigación en esta materia.

TITULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

Constituye el objeto de la presente Ley garantizar el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas en el ámbito de la salud mental, regular el acceso de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos con el fin de lograr la plena participación e inclusión en la sociedad sin estigmatizaciones ni discriminaciones.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

1. Los servicios, dispositivos y proveedores de salud mental y de apoyos a las personas con problemáticas de salud mental, públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

2. Las medidas de prevención, y promoción y atención de la Salud Mental serán accesibles para toda la población. Ninguna persona discriminada en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

3. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su salud mental sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud mental de su población.

Artículo 3. Principios.

Son principios básicos que inspiran esta ley:

a) Disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental como condición necesaria para el ejercicio de otros derechos humanos.

b) En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

c) La equidad y el respeto a la dignidad, a la autonomía individual y a los Derechos Humanos de las personas deben estar presentes en toda atención prestada a las personas con problemas de salud mental. Se prestará especial atención al derecho a decidir sobre la propia vida y el propio tratamiento, así como, al acceso a sistemas de apoyo a la toma de decisiones que garanticen la autodeterminación, en caso de ser necesarios.

d) La lucha contra conductas discriminatorias derivadas del estigma social que afectan a las personas con problemas de salud mental y que dificultan su inclusión social y calidad de vida.

e) La garantía de una atención integral en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental completos, e integrados y con capacidad de respuesta.

f) La prevención de los problemas de salud mental se abordará en todos los ciclos de la vida, con especial atención a los grupos expuestos a contextos de vulnerabilidad maximizada grupos vulnerables. Las estrategias de prevención abordarán el carácter primario, secundario, terciario y cuaternario.

g) La prevención, promoción y atención a la salud mental estará fundamentada en una perspectiva interseccional de género, que atienda a los diferentes ejes de desigualdad social.

h) La participación activa de las personas afectadas por problemas de salud mental en la organización y provisión de los servicios de atención a la salud mental es un derecho y pilar indispensable para garantizar la mejora de los servicios y el respeto por los derechos humanos del colectivo.

i) Los colectivos especialmente vulnerabilizados recibirán una atención especializada.

Artículo 4. Garantía de igualdad en el acceso.

El Estado, en el ejercicio de sus competencias, velará por que la garantía de la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos en el ámbito de aplicación de esta Ley.

Artículo 5. Definiciones.

- **Suicidio**: acto deliberado y consciente realizado con la intención de quitarse la vida.

- **Intento de suicidio:** Autoagresión llevada a cabo con la intención de quitarse la vida que, sin embargo, no resulta en la muerte de la persona.

- **Conducta suicida:** diversidad de comportamientos que transitan desde el pensar en un suicidio (o ideación suicida) hasta planificar, intentar y consumar el suicidio propiamente dicho.

- **Autonomía:** derecho de las personas a tomar decisiones e informadas acerca de cómo vivir, de acuerdo con sus propias normas y preferencias, aspiraciones y deseos.

- **Discapacidad:** situación dinámica que resulta de la interacción entre la diversidad funcional de las personas y las barreras debidas a la actitud y al entorno que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

- **Recuperación:** proceso personal, libre de coerciones, que promueve vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones a la comunidad, y que es independiente del trastorno o su sintomatología. Este proceso requiere desarrollar o recuperar un sentido y propósito vital, y contar con unas condiciones de vida digna. Lo que se recupera (o adquiere) es la autodeterminación, un sentido a la propia existencia, un proyecto de vida, acorde con nuestro sistema de valores, prioridades y preferencias, y unos roles sociales valiosos para la propia persona, más allá del rol de persona enferma.

- **Atención integral:** modelo de abordaje de la salud mental desde una mirada holística, que abarca toda la vida de una persona, en todos los niveles, incluyendo mente, cuerpo y comunidad. Supone analizar el problema de salud mental, desde una perspectiva psicosocial y a partir de un concepto de salud integral, que permite contemplar la influencia del contexto social y de la experiencia subjetiva en las formas del malestar y, por tanto, no sólo el nivel biológico, sino también los factores psicosociales y los determinantes de clase, etnia, orientación sexual y género, que dan forma a los contextos de vulnerabilidad a los que están expuestas las personas.

- **Consentimiento informado:** conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte algún riesgo para el paciente.

- **Género:** construcción socio-cultural asociada a cada sexo basada en estereotipos, mitos o falsas creencias que generan modelos impuestos con los que nos socializamos e identificamos y que posicionan socialmente de forma desigual a mujeres y hombres.

- **Decisión compartida:** proceso orientado a conocer las preferencias y necesidades del paciente y capacitarlo para que tome un papel activo en el cuidado de su salud en consonancia con sus deseos. Requiere un intercambio de información entre el paciente y el profesional sanitario, deliberación entre las distintas opciones y adopción de una decisión consensuada.

Artículo 6. Perspectiva de género transversal e interseccional.

Los distintos servicios y recursos de salud mental desarrollarán y asegurarán una atención con perspectiva de género transversal e interseccional.

Esta atención, aplicada a la atención en salud mental, implicará:

a) Desarrollo de la escucha psicosocial y conceptualizar los problemas de salud mental como fenómenos relacionales y relacionados con las diferencias y desigualdades estructurales de sexo, género, orientación sexual, clase social o etnia ;

b) Concepción integral de la salud, que entienda a la persona como un sistema dinámico y atención simultánea a las intersecciones entre las dimensiones,

psíquicas, históricas, socioculturales, biológicas y materiales, de las problemáticas de salud mental;

c) Intervención en las tensiones y conflictos entre los modelos sociales históricos de género y los modelos de atención, cuidado y corresponsabilización que mediatizan la intervención asistencial y las problemáticas de salud mental (el modelo tradicional, el transicional y el contemporáneo en contraposición al modelo social igualitario);

d) Implementación de líneas de actuación para reducir o eliminar las desigualdades de género a través de la atención a la salud mental;

e) Desarrollo de servicios y recursos sensibles a las necesidades de género diferenciales;

f) Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud y de la génesis de los malestares y problemáticas de salud mental;

g) Establecimiento de relaciones asistenciales de sujeto a sujeto;

h) Superación de la patologización de las problemáticas sociales y su medicalización;

i) Identificación y registro de los determinantes sociales y psicosociales de género, clase, etnia, diversidad funcional e influir en el cambio.

TÍTULO I
De la salud mental

CAPITULO I
Derechos de las personas afectadas por problemas de salud mental

Artículo 7. Derecho a una atención integral.

Toda persona con problema de salud mental tiene derecho a una atención integral a lo largo de todo el proceso de prestaciones sanitarias y sociales, abarcando el tratamiento comunitario, las intervenciones individuales y familiares y la recuperación.

Artículo 8. Derecho de audiencia.

Toda persona con problema de salud mental tiene derecho a ser atendido, escuchado, y a que sus intereses y preferencias sean valorados y considerados como primordiales en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado.

Artículo 9. Derecho a la no discriminación.

1. Ninguna persona será discriminada en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

2. La discriminación de cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano.

Artículo 10. Derecho a la autonomía de la persona con problema de salud mental.

1. Toda persona con un problema de salud mental tiene derecho a conservar su autonomía y a que sus deseos, voluntad y preferencias sean valoradas y consideradas como primordiales en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como en el privado.

2. Todos los servicios que se presten en el ámbito de la salud mental adoptarán tratamientos basados en el consentimiento libremente otorgado.

Artículo 11. Derecho a otorgar poderes preventivos.

1. Cualquier persona podrá otorgar poderes de representación a terceros y establecer las pautas y criterios de actuación del apoderado.

2. Estos apoderamientos, que deberán realizarse en escritura pública, comenzarán a producir efectos bien en el momento del otorgamiento o bien en un momento posterior para el caso de incapacidad sobrevenida, apreciada conforme lo dispuesto por el otorgante. En este caso deberá expresarse con claridad el momento o circunstancia desencadenante de los efectos del poder.

3. El poder dejará de producir efectos por voluntad del otorgante o resolución judicial.

Artículo 12. Derecho a una información veraz y completa sobre la propia salud mental y los tratamientos.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente requerirá el consentimiento libre y voluntario de la persona afectada, después de que ésta haya recibido la información prevista, y haya valorado las opciones y alternativas previstas para el caso.

2. Se garantizará el derecho a recibir información comprensible y suficiente sobre el significado del diagnóstico, las alternativas de los tratamientos, los efectos adversos de la medicación, las medidas que facilitan la recuperación y los recursos de apoyo mutuo y comunitario.

3. La información, como regla general, se proporcionará verbalmente por parte del equipo profesional que acompañe a la persona a lo largo del proceso asistencial y dejando constancia en la historia clínica. En lo relativo a las alternativas de tratamiento, se debe incluir la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias y beneficios potenciales. No obstante lo anterior, la personas usuaria tendrá derecho, si así lo desea, a recibir por escrito la información mencionada anteriormente.

4. Se ofrecerá a todas las personas información sobre sus derechos como usuarias de los recursos de servicios de salud mental.

Artículo 13. Derecho a las decisiones compartidas.

Toda persona tendrá derecho a participar, de manera conjunta con el equipo de profesionales y otras personas de referencia para sí misma, en la decisión sobre qué tipo de tratamiento y actuación debe seguirse, de acuerdo con sus necesidades y deseos y, por lo tanto, a que su voz sea escuchada, tenida en cuenta y respetada en todo el proceso de atención.

Artículo 14. Derecho al consentimiento informado.

Los servicios de salud mental tendrán la responsabilidad de establecer estrategias y protocolos para garantizar que el procedimiento por el cual la persona con problemas de salud mental manifiesta su consentimiento para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona, previa obtención de la información adecuada, esté libre de coacción o coerción.

Artículo 15. Derecho al uso de estrategias de decisiones anticipadas.

1. Todas las personas usuarias de los servicios de salud mental tienen derecho, tanto a la elaboración de un Documento de Voluntades Anticipadas, como al uso de la Planificación Anticipada de Decisiones Compartidas.

2. Ambas estrategias son fundamentales para respetar el derecho de autonomía y autodeterminación, en las situaciones de incapacidad transitoria para tomar decisiones debidas a crisis de salud mental, permitiendo mejorar la calidad de la atención y adaptarla a los deseos, valores y preferencias de la persona.

3. Tanto los documentos resultantes del Documento de Voluntades Anticipadas como de la Planificación Anticipada de Decisiones Compartidas deberán estar registrados en la historia clínica.

4. El Documento de Voluntades Anticipadas se elaborará de acuerdo con lo establecido en cada Comunidad Autónoma con base en lo recogido en la Ley 41/2002. Respecto a la Planificación Anticipada de Decisiones Compartidas, las diferentes Comunidades Autónomas deberán elaborar un plan de implementación de acuerdo con los estándares de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, especialmente en lo concerniente a las salvaguardias, al tratarse de una estrategia de apoyo a la toma de decisiones.

Asimismo, los servicios destinados a la atención a la salud mental deberán promover la elaboración de estas estrategias entre las personas afectadas e interesadas.

Artículo 16. Derecho al nombramiento de las Personas Referentes.

1. Toda persona inmersa en un tratamiento relacionado con su salud mental podrá escoger, libre de presiones y coerciones, a una persona que le acompañe durante la recuperación y que, en casos de incapacidad transitoria, puedan velar por el cumplimiento del documento de voluntades anticipadas otorgado por el o la paciente así como en las decisiones compartidas y en la elaboración de los planes personalizados de recuperación.

2. Estas personas podrán pertenecer al entorno próximo y personal de la persona o bien a los equipos profesionales y de apoyo mutuo.

Artículo 17. Prevención cuaternaria y derecho a la protección contra la iatrogenia y las intervenciones de riesgo.

1. Todas las personas tienen derecho a una intervención en salud mental que las proteja de la iatrogenia.

2. Cualquier tratamiento farmacológico potencialmente inadecuado tomando en cuenta la situación clínica así como la utilización preventiva de neurolépticos sin sintomatología franca debe ser comunicado previamente al Defensor de la persona con problemas de Salud Mental.

3. Las personas medicadas con fármacos psiquiátricos que deseen reducir su consumo o dejar de consumirlos, tendrán derecho a un acompañamiento especializado por parte de profesionales de la psiquiatría para la reducción progresiva de la medicación, destinado a evitar las situaciones de crisis derivadas de los síndromes de abstinencia por interrupción brusca de la medicación psiquiátrica.

4. Ninguna persona será sometida a terapia electroconvulsiva.

CAPÍTIULO II
Derechos de las personas con discapacidad y problemas de salud mental.

Artículo 18. Derechos de las personas con discapacidad y problemas de salud mental.

Sin perjuicio de los derechos reconocidos con carácter general en el capítulo anterior, lo dispuesto en éste será de aplicación a las personas afectadas por un problema de salud mental y que además tenga reconocida alguna discapacidad.

Artículo 19. Autodeterminación de la persona con discapacidad.

1. Toda persona con discapacidad deberá ser oída respecto de las decisiones que le incumban, y su voluntad deberá ser respetada cuando ésta se haya manifestado, aplicando en su caso los instrumentos de apoyo a la toma de decisiones que sean precisos tanto para la comprensión de las consecuencias y alternativas de la decisión, como para la expresión de la voluntad de la persona.

2. En caso de que, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, incluso mediante la prestación de apoyos y ajustes, no sea posible determinar dicha voluntad, se debería

aplicar la mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias como medida de último recurso. En este proceso se deberían tener en cuenta las preferencias, los valores, las actitudes, los argumentos y los hechos anteriores, incluidas las formas de comunicación verbal o no verbal, de la persona concernida.

Artículo 20. Protección cualificada.

1. Las personas con discapacidad estarán especialmente amparadas en el ejercicio de sus derechos.

2. Se prohíbe cualquier discriminación por motivos de discapacidad, entendiendo ésta como distinción, exclusión o restricción 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, sanitario o de otro tipo.

3. La denegación de ajustes razonables es, en sí misma, una conducta discriminadora.

CAPÍTIULO III
Derechos de niños, niñas y adolescentes afectadas por problemas de salud mental

Artículo 21. Derechos de niños, niñas y adolescentes.

1. Todo niño, niña y adolescente tiene garantizados sus derechos humanos y libertades fundamentales recogidos en los tratados internacionales y en la ley estatal. En el ámbito de salud mental, el niño, niña o adolescente tiene derecho a:

a) Acceder a una atención pública y de calidad que ponga en el centro sus necesidades, inquietudes y deseos, en cuestiones de salud mental.

b) Recibir información no sesgada y en un lenguaje accesible sobre las cuestiones que le afecten en materia de atención a su salud mental y su desarrollo psicosocial. Por ejemplo, sobre las alternativas de intervención y tratamiento.

c) Expresar su opinión libremente y ser escuchado sobre las cuestiones que les afecten, y que su opinión sea tenida en cuenta, de acuerdo con su madurez cognitiva, emocional y social, en relación a cualquier intervención o tratamiento.

d) Preservar su privacidad e intimidad, en especial en relación a la información personal registrada por las instituciones, de la que debe estar garantizada su confidencialidad.

e) Recibir un trato digno y humano, en cualquiera de los contextos en el que el niño, niña y adolescente se desarrolle: hogar, escuela, centros y servicios de salud mental, casas de acogida, centros residenciales, o cualquier otro.

f) Estar protegido contra cualquier tortura, trato inhumano o cruel, allá donde se encuentre y con independencia de cualquier condición personal o situación precedente. Esto sirve para medidas tales como tratamientos involuntarios o coercitivos, reclusión o aislamiento, o contenciones mecánicas, en cualquier lugar y/o situación, por ejemplo, en las unidades de hospitalización, o centros residenciales, de cualquier clasificación.

Artículo 22. Prevención primaria.

1. Se implementarán programas específicos orientados a la prevención primaria y a la promoción de la salud mental en los Centros de Atención Primaria, en Centros Educativos, en las estructuras familiares y en los Servicios Sociales, identificando y abordando factores de riesgo psicosociales.

2. Se facilitará la conexión entre estas estructuras y se promocionará los factores protectores en los centros educativos y estructuras familiares con el concurso de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales del Equipo de atención Primaria correspondiente.

Artículo 23. Prevención secundaria.

La implementarán programas específicos de prevención secundaria que se iniciarán al comienzo de los síntomas, garantizando:

a) atención accesible.

b) atención integral a todo el sistema familiar así como cuidado personalizado y continuado.

c) prevención y lucha contra la estigmatización, y protección de la identidad del niño, niña y adolescente, preservándola de la identidad de enfermo/a. Considerar el diagnóstico como un instrumento de comunicación entre profesionales y desarrollar estrategias y procesos para prevenir que la categoría diagnóstica genere efectos identitarios.

d) protección contra la psiquiatrización y medicalización del niño, niña y adolescente, promoviendo una atención orientada a la resiliencia, desde los recursos comunitarios. Prohibición de la medicalización preventiva.

e) ordenación y coordinación de recursos, delimitando los circuitos asistenciales y las funciones y momentos de intervención de cada parte del sistema.

CAPITULO IV
Derecho de las mujeres afectadas por problemas de salud mental

Artículo 24. Derecho de las mujeres afectadas por problemas de salud mental.

1. Todas las mujeres tienen derecho a un trato libre de discriminación, a la protección contra las distintas violencias machistas, y a gozar plenamente de sus derechos sexuales y reproductivos, incluidas las mujeres con problemáticas de salud mental, que por sus circunstancias están sometidas a una doble discriminación.

2. Las diferentes estructuras de atención a la salud mental garantizarán estos derechos y fomentar su pleno ejercicio, ofreciendo asesoramiento y protección contra la violencia machista, ya sea que se produzca ésta dentro o fuera de las instituciones de atención, así como brindando una atención con perspectiva de género. Dicha protección y atención comprenderá:

a) el acompañamiento en los procesos de demanda o denuncia por violencia machista, inclusive si estos implican denunciar al propio personal social, sanitario o de servicios;

b) la exploración y el abordaje psicosocial de las problemáticas de violencias machistas en el transcurso de la atención; y

c) el registro sistemático de todas las violencias machistas expresadas por las mujeres atendidas.

3. Las mujeres madres que presenten problemáticas de salud mental, en caso de que así lo deseen, tendrán derecho a disponer de servicios de apoyo psicosociales y sanitarios para el ejercicio de la maternidad.

4. Ninguna mujer podrá ser sometida a procesos de esterilización forzada y aborto coercitivo, incluidas las mujeres con problemáticas de salud mental.

5. Los servicios sanitarios, sociales, judiciales o de acogida destinados a la protección y atención de las mujeres víctimas de violencias machistas, serán accesibles para todas las mujeres con problemática de salud mental, no pudiendo ser, en ninguna circunstancia, el diagnóstico de salud mental un motivo de exclusión de los servicios.

TÍTULO II
De la atención libre de coerción y de tratamientos involuntarios.

Artículo 25. De la contención mecánica.

1. Todos los centros implementarán los cambios pertinentes en el funcionamiento de los servicios destinados a posibilitar la prohibición total de la contención mecánica, mediante nuevas políticas y prácticas que deben ir encaminadas a formar a los equipos profesionales para evitar la contención mecánica y cualquier otra práctica coercitiva.

2. Cada centro sociosanitario creará un registro en el que deberán constar las contenciones mecánicas realizadas, la identidad de la persona a la que se aplica, la duración de la misma y los motivos.

Este registro será accesible en un portal de transparencia anónimo y consultable por la ciudadanía y entregado de manera detallada anualmente a las autoridades de la administración pública y al Defensor de la Persona con Problemas de salud mental.

Artículo 26. Del internamiento.

1. En ningún caso se procederá al internamiento u hospitalización en contra de la voluntad del o la paciente.

2. Los proveedores de salud mental deberán desarrollar servicios y equipos de intervención en crisis, libres de coerción y con perspectiva comunitaria.

3. En caso de internamiento voluntario, la persona podrá conservar con ella sus pertenencias personales y en ningún momento de la atención estará sujeta a coerciones o coacción.

4. Las instituciones de ingreso o residencia deberán tener regímenes de visitas y normativas flexibles y adaptables a las necesidades y preferencias de las personas.

TÍTULO III

Del Defensor o Defensora del y la paciente con problemas de salud mental

Artículo 27. Defensor de Pacientes con problemas de salud mental.

1. Cada Comunidad Autónoma creará la figura del Defensor o Defensora del Paciente con problemas de salud mental.

2. El Defensor o Defensora de la persona usuaria de salud mental será nombrada por la persona responsable de sanidad de cada Comunidad Autónoma a propuesta de los colectivos de personas usuarias y profesionales sociales y sanitarios del ámbito de la salud mental.

El Defensor o Defensora deberá recibir formación intensiva y acreditar conocimientos profundos y valores compartidos con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas y otros instrumentos internacionales para la protección de los Derechos Humanos.

3. El Defensor o Defensora del Paciente con problemas de salud mental tendrá un mandato de cuatro años renovable por otros cuatro más.

4. Desempeñará las siguientes funciones:

a) Velar por la garantía de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.
b) Realizará visitas de supervisión o seguimiento y valorará tanto las estructuras como la calidad de la atención prestada, cuidando que sea integral con los objetivos de normalización e inserción social.
c) Acceder a los servicios de salud mental sin previo aviso, observar las instalaciones y dinámicas de trabajo, intervenir en situaciones de vulneración de derechos humanos en defensa de la persona, entrevistar al personal de atención y a las personas usuarias y familiares vinculadas y revisar la documentación y registros de los dispositivos y servicios

d) Redactar un informe anual con las incidencias recibidas u observadas y la situación de las estructuras y la calidad de los procesos que remitirá al Ministerio de Sanidad.

Título IV
De la formación y la investigación y las campañas contra el estigma

Artículo 28. Formación.

1. El Estado se compromete a la formación de los y las profesionales de los centros sanitarios, centros educativos, servicios sociales y otros espacios orientados a la atención de la salud mental.

2. Todas las personas profesionales que trabajen en el ámbito de la salud mental deberán recibir formación en derechos humanos según los estándares de la CDPD. Las diferentes universidades e instituciones educativas que oferten formación para desarrollar roles profesionales en el ámbito de la salud mental, deberán incluir en sus planes docentes dicha temática.

3. Todas las personas profesionales que trabajen en el ámbito de la salud mental deberán recibir formación especializada en perspectiva de género, con especial atención a la capacitación para identificar e intervenir en situaciones de violencia de género.

Artículo 29. Promoción de la investigación.

1. Los dispositivos y servicios de salud mental deberán mantener actualizados y hacer públicos anualmente los datos epidemiológicos recopilados; estos se remitirán al ministerio, para publicación e información.

2. Las diferentes comunidades autónomas tendrán la responsabilidad de implementar investigaciones cualitativas y cuantitativas para evaluar la calidad de los servicios en relación con cumplimiento de los derechos humanos según la CDPD, de acuerdo con los indicadores en materia de derechos humanos de la OMS.

3. El estado se compromete a potenciar la investigación en primera persona y la producción del conocimiento situado, basada en la experiencia de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

4. Los servicios, tanto públicos como privados, en materia de salud mental deberán registrar indicadores de su actuación y del cumplimiento de los derechos humanos, elaborando informes a publicar en los propios portales de transparencia.

5. Los servicios, tanto públicos como privados, en materia de salud mental deberán registrar indicadores epidemiológicos y de actuación basados en la perspectiva de género interseccional, y publicarlos anualmente en sus portales de transparencia.

Artículo 30. Desarrollo y fortalecimiento de las campañas de lucha contra el estigma.

El Estado se compromete a financiar e implementar campañas de lucha contra el estigma, de acuerdo con los siguientes principios y con los tratados internacionales de protección de los Derechos Humanos:

a) participación directa de las personas con problemas de salud mental en todas sus fases: diseño, implementación y evaluación.
b) empleo de discursos que contribuyan a la deconstrucción de los estereotipos y prejuicios, con información no sesgada sobre los problemas de salud mental y las personas que los sufren. Para ello es necesario rechazar discursos asociados al modelo biomédico y basados en la analogía con la enfermedad mental y que contribuyen a fomentar el estigma y a reforzar estereotipos tales como la peligrosidad, impredictibilidad e irrecuperabilidad de las personas con problemas de salud mental. Deben adoptarse discursos que incluyan los relatos y experiencias personales de procesos recuperación, y de desarrollo de una vida satisfactoria.

TÍTULO V
De la prevención del suicidio

Artículo 31. Protocolo de prevención del suicidio.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, realizará un protocolo que será consensuado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y que contemplará necesariamente:

a) Prevención en grupos expuestos a situaciones de vulnerabilidad maximizada
b) Identificación precoz de las personas con factores de riesgo.
c) Acceso a la atención sanitaria y social de forma rápida e integral.
d) Estrategias de fomento de la Salud Mental.
e) Ofrecer un seguimiento estrecho y continuado a las personas con tentativa suicida.
f) Atención post suicidio, a las personas del entorno, con tratamiento precoz e individualizado.
g) Coordinación entre Servicios de urgencias, Equipos de Salud Mental y Atención Primaria.
h) Campañas contra el estigma social.

Artículo 32. Registro y tratamiento de datos.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social creará un registro de datos a nivel estatal para valorar la epidemiologia del suicidio:

a) De los grupos expuestos a situaciones de vulnerabilidad maximizada.
b) Número de casos, por edad, localización, actividad laboral, factores de riesgo u otros determinantes sociales.
c) Número de personas con intentos de suicidio.

Artículo 33. Formación.

Se ofrecerá formación acerca de la prevención del suicidio y al estigma social dirigida a:

a) personal que trabaja en servicios de urgencias y emergencias.
b) personal sanitario y sociosanitario.
c) personal no sanitario: bomberos, policías y trabajadores sociales.
d) Periodistas y personal de los medios de comunicación.

Artículo 34. Investigación.

Se realizará investigación pública sobre el suicidio orientada a mejorar el conocimiento de los factores de riesgo y grupos expuestos a situaciones de vulnerabilidad maximizada, así como las intervenciones que pueden prevenirlo.

Disposición adicional primera. De las funciones de la Alta Inspección.

El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley.

Disposición final primera. Habilitación para el desarrollo reglamentario.

El Gobierno adoptará las disposiciones reglamentarias necesarias para la aplicación y desarrollo de la presente Ley. En tanto no entre en vigor el desarrollo reglamentario referido, mantienen su vigencia las disposiciones reglamentarias vigentes sobre la materia que no se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final segunda. Ámbito territorial de aplicación de la Ley.

Sin perjuicio de las correspondientes competencias autonómicas, el marco de aplicación de la presente Ley lo será en todo el territorio del Estado. Corresponderá a las autoridades competentes garantizar la prestación contenida en la red sociosanitaria pública, o vinculada a la misma, en la Comunidad Autónoma de residencia de la persona usuaria de los servicios de salud mental.

Disposición final tercera. Entrada en vigor.

La Ley entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado, excepto las medidas que supongan aumento de los créditos o disminución de los ingresos del presupuesto del ejercicio en curso, que entrarán en vigor en el ejercicio presupuestario siguiente.

ANTECEDENTES:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Constitución española.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.