



Jean-Jacques Gautier

NPM Symposium



- **2016**
El monitoreo de las
instituciones psiquiátricas



association pour la prévention de la torture
asociación para la prevención de la tortura
association for the prevention of torture

Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP 2016

**El monitoreo de las instituciones
psiquiátricas**

Informe final

La Asociación para la Prevención de la Tortura (APT) es una organización no gubernamental independiente con sede en Ginebra, que trabaja a nivel mundial para la prevención de la tortura y otros malos tratos.

La APT fue fundada en 1977 por el banquero y abogado suizo Jean-Jacques Gautier. Desde entonces, la APT se ha convertido en una organización líder en su área de trabajo. Su conocimiento y consejo son requeridos por organizaciones internacionales, gobiernos, instituciones de derechos humanos y otros actores. La APT ha jugado un rol clave en el establecimiento de estándares internacionales y regionales, en particular el Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura (OPCAT) y los Mecanismos Nacionales de Prevención (MNP).

La visión de la APT es un mundo libre de tortura en el que los derechos y la dignidad de todas las personas privadas de libertad sean respetados.

Asociación para la Prevención de la Tortura – APT

Caja postal 137

1211 Ginebra 19, Suiza

Tel. + 41 22 919 21 70

apt@apt.ch

www.apt.ch

twitter @apt_geneva

Copyright © 2016, Asociación para la Prevención de la Tortura (APT).

Todos los derechos reservados. Los materiales contenidos en esta publicación pueden ser citados o reimprimos libremente, citando adecuadamente la fuente. Cualquier solicitud para reproducir o traducir la publicación debe ser dirigida a la APT.

ISBN 978-2-940597-08-6

Traducción al español: Raquel Mora-Dawson

Diseño gráfico: minimum graphics

Formato: Anja Härtwig, APT

Logotipo del Simposio (cubierta): Shazeera Zawawi

Índice

Agradecimientos	v
Abreviaciones	vii
Sobre el tercer Simposio Jean-Jacques Gautier	1
Objetivos y estructura del informe	3
Resumen	5
Introducción: marco general y definiciones	9
El monitoreo de las instituciones psiquiátricas	9
Hacia un cambio del paradigma: la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad	11
Definiciones principales y terminología	13
Privación de libertad y tratamiento en una institución psiquiátrica	17
Normas y perspectivas internacionales	17
El principio de consentimiento libre e informado al tratamiento	19
El principio del consentimiento libre e informado: dificultades prácticas para su aplicación	21
Situaciones y factores de riesgo en instituciones psiquiátricas	25
Aislamiento y medidas de contención	25
Dignidad y respeto del derecho a la privacidad	29
Evaluar el tratamiento y los riesgos del exceso de medicación	31
El monitoreo de las instituciones psiquiátricas: ¿Cuál es el papel de los MNP?	35
Alcance y límites del mandato de prevención de los MNP	35
Principales dificultades metodológicas	38
Conclusión	43

Anexo I: Programa	47
Anexo II: Lista de participantes	53
Anexo III: Documento introductorio	57
Anexo IV: Referencias útiles	61



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Federal Department of Foreign Affairs FDFA



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

La APT agradece el apoyo del Departamento Federal de Relaciones Exteriores de la Confederación Suiza y del Cantón de Ginebra al proyecto del tercer Simposio Jean-Jacques Gautier.

Agradecimientos

En el presente informe se da cuenta de los debates celebrados durante el tercer Simposio Jean-Jacques Gautier, que examinó el monitoreo de las instituciones psiquiátricas. La APT desea dar las gracias a todas las personas presentes en la reunión, las y los representantes de los MNP y las y los expertos internacionales, por su participación activa y sus valiosas contribuciones. La APT desea también dar las gracias a Isabelle Heyer y Caroline Mouchet, que organizaron este Simposio y redactaron el presente informe.

Por último, la APT reconoce las contribuciones y el apoyo de otras/os miembros de su equipo en las distintas fases del proyecto del Simposio, en particular Catherine Felder, Jean-Sébastien Blanc, Barbara Bernath, Veronica Filippeschi, Sylvia Dias, Rosita Ericsson y Mireille Gheryani.

Abreviaciones

APT	Asociación para la Prevención de la Tortura
CPT	Comité Europeo para la Prevención de la Tortura
CDPD	Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad
MNP	Mecanismo Nacional de Prevención
ONG	Organización no gubernamental
OPCAT	Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
SPT	Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

Sobre el tercer Simposio Jean-Jacques Gautier

Este Simposio es el tercero de una serie de reuniones organizadas en Ginebra con el objetivo de permitir a un grupo de Mecanismos Nacionales de Prevención (MNP), las instituciones nacionales creadas en virtud del Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura (OPCAT), examinar los desafíos a los que se enfrentan en la ejecución de su mandato de prevención e identificar buenas prácticas con respecto a las situaciones de vulnerabilidad en detención. A tal fin, el Simposio ofrece una plataforma de intercambio entre pares y con otras y otros expertos. El primer Simposio, organizado en 2014, se centró en las situaciones de vulnerabilidad de los y las niñas en detención, mientras que el segundo, celebrado en 2015, se consagró a las personas LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transgénero) privadas de libertad. En su tercera edición, el Simposio Jean-Jacques Gautier se concentró en el monitoreo de las instituciones psiquiátricas.

Estos Simposios rinden homenaje a Jean-Jacques Gautier, fundador de la APT, cuya propuesta de instaurar visitas periódicas y sin previo aviso en todos los lugares de detención es actualmente una realidad. En efecto, el OPCAT, adoptado en 2002 y cuya ratificación implica el establecimiento de un mecanismo de visita independiente en el ámbito nacional (el MNP) e internacional (el Subcomité para la Prevención de la Tortura), está en vigor desde 2006 y cuenta con 83 Estados parte procedentes de todas las regiones del mundo. En virtud de su mandato, los MNP realizan visitas en todos los lugares en los que las personas se encuentran privadas de libertad o son susceptibles de estarlo.

Las instituciones psiquiátricas han recibido una atención cada vez mayor en el ámbito internacional a lo largo de los últimos años, incluso por parte de los órganos de prevención de la tortura. Para afrontar las situaciones de vulnerabilidad experimentadas por las personas privadas de libertad en estas instituciones y poder desempeñar mejor su mandato de prevención en estos lugares, los

MNP pidieron asistencia a la APT para fortalecer sus capacidades en la materia.

Al tercer Simposio asistieron representantes de 15 MNP de distintas regiones del mundo y expertos/as internacionales, como representantes de organismos internacionales y regionales a cargo del monitoreo de los lugares de detención, de organizaciones de la sociedad civil y de órganos intergubernamentales, y especialistas en cuestiones relativas a la discapacidad y la salud mental. El intercambio se desarrolló en dos partes. Durante el primer día y medio, los y las participantes debatieron los siguientes temas: el internamiento y el tratamiento involuntario, las prácticas de aislamiento y contención, el papel y la capacidad de los MNP para evaluar el tratamiento y, por último, las alternativas al internamiento en instituciones. Esta primera parte permitió estudiar las normas relevantes relacionadas con la labor de monitoreo y los retos asociados a su aplicación, así como identificar los factores de riesgo a los que se enfrentan las personas privadas de libertad en una institución psiquiátrica.

A la segunda parte, celebrada la última tarde, asistieron únicamente representantes de los MNP y del SPT para una discusión entre pares. Los y las participantes pudieron compartir las dificultades específicas asociadas al monitoreo de las instituciones psiquiátricas e intercambiar buenas prácticas para hacerlo de forma más eficaz.

Objetivos y estructura del informe

El presente documento constituye el informe final del tercer Simposio Jean-Jacques Gautier, el cual se dedicó al monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Este informe no ofrece actas detalladas de los ricos debates que tuvieron lugar durante los dos días. Su objetivo es poner de manifiesto los retos vinculados al monitoreo de la privación de libertad en instituciones psiquiátricas, así como presentar ciertas áreas de reflexión identificadas en los debates con respecto a la ejecución del mandato de prevención de los MNP con miras a superar estos desafíos.

El informe está compuesto por una **primera parte introductoria**, que presenta el marco general y las definiciones principales relacionadas con el tema. La **segunda parte** aborda los principios y las normas existentes en materia de privación de libertad y tratamiento en instituciones psiquiátricas e incluye las dificultades para aplicarlas. La **tercera parte** identifica las principales situaciones y factores de riesgo que favorecen la aparición de la tortura y otros malos tratos. La cuarta y **última parte** aborda el papel de los MNP en el monitoreo de las instituciones psiquiátricas y las cuestiones metodológicas cotidianas que los mecanismos enfrentan. Asimismo, expone ejemplos de buenas prácticas identificadas en el desarrollo de los debates.

Resumen

Las instituciones psiquiátricas son lugares de privación de libertad según lo dispuesto por el artículo 4 del Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura (OPCAT), un tratado internacional adoptado en 2002 que tiene por objeto prevenir la tortura por medio de un sistema de visitas periódicas a los lugares de detención. Por lo tanto, estas instituciones forman parte del mandato de los órganos de monitoreo de la detención creados en virtud del OPCAT: el Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT), órgano internacional, y los Mecanismos Nacionales de Prevención (MNP), instituciones nacionales que los Estados se comprometen a establecer cuando ratifican el tratado.

Para examinar los factores de riesgo y las situaciones que pueden contribuir a que las personas privadas de libertad en una institución psiquiátrica sufran abusos, así como los medios para prevenir estos abusos, la APT reunió el 6 y 7 de septiembre de 2016 en Ginebra a expertos/as internacionales y representantes de MNP procedentes de todas las regiones del mundo. Durante estos dos días, los y las participantes abordaron los siguientes temas: las normas internacionales en materia de privación de libertad de personas con discapacidad mental, el tratamiento involuntario, las prácticas de aislamiento y contención (física o química), el respeto de la dignidad, el derecho a la privacidad, los riesgos vinculados al exceso de medicación y la desinstitucionalización.

Privación de la libertad en una institución psiquiátrica. En la mayoría de los países, una persona puede ser internada contra su voluntad en una institución psiquiátrica, en particular cuando se percibe que representa un riesgo para su seguridad o la de otras personas. Las normas internacionales relativas a esta cuestión varían ampliamente, lo que constituye un desafío importante al momento de definir políticas públicas en el ámbito nacional. Varios órganos internacionales de derechos humanos (como el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Subcomité de las Naciones

Unidas para la Prevención de la Tortura y el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura) aceptan, como medida de último recurso, el internamiento involuntario de personas con discapacidad mental si el procedimiento de privación de libertad incluye garantías jurídicas que permiten prevenir detenciones arbitrarias y prevé recursos en caso de abuso. Sin embargo, el artículo 14 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), ratificada por 170 Estados, prohíbe toda privación de libertad basada en la discapacidad. Este tratado, en vigor desde 2008, ofrece un cambio de paradigma que exige un enfoque centrado en la persona con discapacidad como sujeto de derechos y no como una persona “objeto” de tratamiento.

El Simposio permitió arrojar luz sobre la complejidad que presenta aplicar estas normas internacionales y la forma en que los MNP abordan, en función de los contextos sociopolíticos en los que operan, el internamiento involuntario, así como el derecho, consagrado en la CDPD, de vivir de manera autónoma en la comunidad.

Tratamiento involuntario. Las y los participantes debatieron ampliamente acerca del tratamiento involuntario y de la privación del derecho a la capacidad jurídica de personas con discapacidad, un derecho reconocido en el artículo 12 de la CDPD que, cuando es violado, es el origen de internamientos y tratamientos involuntarios. Dada la percepción aún extendida de que las personas con discapacidad mental son “incapaces” de tomar decisiones de manera autónoma, a menudo no se respeta en la práctica el principio de consentimiento libre e informado al tratamiento. Así, los y las participantes recordaron que siempre se debe tratar de obtener este consentimiento y que el recurso a un tratamiento sin consentimiento solo se podría justificar en circunstancias excepcionales, en las que la vida de la persona o la de una tercera persona corra peligro. En ese sentido, se precisó que las políticas públicas no pueden basarse en circunstancias excepcionales y que deben garantizar el derecho de las personas con discapacidad mental a tomar decisiones de manera autónoma, de conformidad con el cambio de paradigma que se desprende de la CDPD.

Situaciones y factores de riesgo. Las prácticas habituales de *aislamiento* y *contención* aumentan los riesgos para la integridad física y mental de la persona afectada por las mismas. Por lo tanto, es fundamental que estas medidas sigan siendo excepcionales, que

se controle su uso de forma estricta, que nunca se impongan como una forma de castigo e, incluso, que se eliminen cuando constituyan formas de tortura u otros malos tratos. Algunos MNP dieron ejemplos de intervenciones no violentas para gestionar situaciones de crisis, y destacaron la importancia de contar con personal suficiente y capacitado debidamente en técnicas para reducir la intensidad de la crisis que permita prevenir el recurso a estas medidas de coerción.

Las distintas restricciones impuestas a diario y de manera indiscriminada en numerosos establecimientos psiquiátricos crean otras situaciones de riesgo, que a menudo se justifican alegando motivos de seguridad. Estas restricciones pueden atentar gravemente contra la *dignidad, la autonomía y el derecho a la privacidad* de los y las usuarias de servicios psiquiátricos.

Por último, los *riesgos vinculados al exceso de medicación*, incluido el recurso a la contención química, que responde con frecuencia a una voluntad de controlar en lugar de tratar, requieren un control estricto para prevenir los abusos y, por lo tanto, deben ser identificados por los órganos de monitoreo durante sus visitas.

El monitoreo de las instituciones psiquiátricas y el papel de los MNP. Los órganos de monitoreo desempeñan un papel primordial, teniendo en cuenta el acceso a los lugares de detención que las autoridades estatales tienen la obligación de garantizarles sin restricción en virtud de los tratados internacionales (OPCAT o Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura). A pesar de los enfoques divergentes con respecto al monitoreo de las instituciones psiquiátricas, todos los MNP presentes en el Simposio reconocieron que la no discriminación es uno de los principios rectores de su labor. Algunos de ellos todavía experimentan obstáculos internos (falta de sensibilización y formación de los miembros sobre los derechos y necesidades de las personas con discapacidad mental) y externos (dificultades de acceso, cuestionamiento de su legitimidad para ejercer este tipo de monitoreo en “lugares donde se dispensan cuidados”). Sin embargo, la mayoría de los MNP y el SPT incluyen ahora este monitoreo en sus programas de visitas (el CPT cuenta con numerosos años de experiencia en la materia).

El Simposio dio la oportunidad a los MNP de debatir sobre los numerosos desafíos que enfrentan en el plano metodológico, en particular la multidisciplinariedad de los equipos de visita y el papel

de los y las especialistas de la salud (incluidos los y las psiquiatras) que los integran. La cuestión de la relación y el diálogo constructivo con el personal de los establecimientos visitados también es un aspecto fundamental que permite comprender mejor el mandato de los MNP por las autoridades y una toma de conciencia, si procede, de los cambios que se deben realizar en la institución. También se debatió la importancia de las entrevistas en privado con las personas privadas de libertad y la necesidad de formar a los miembros de los MNP sobre la realización de dichas entrevistas. Por último, se identificaron varias buenas prácticas, en particular la de MNP que integran plenamente la perspectiva de antiguos/as usuarios/as de servicios psiquiátricos en su trabajo, incluido durante las visitas.

Introducción: marco general y definiciones

*“Si bien en un principio la prohibición de la tortura puede haberse aplicado sobre todo en contextos como el interrogatorio, castigo o intimidación de detenidos, la comunidad internacional ha empezado a ser consciente de que la tortura también puede darse en otros contextos.”*¹ Como ha puesto de relieve el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la tortura, las instituciones psiquiátricas forman parte de los contextos en los que las personas corren el riesgo de sufrir abusos que pueden constituir tortura u otras formas de malos tratos. Con el fin de contribuir a fortalecer la capacidad de los órganos de monitoreo en este tipo de establecimientos y prevenir mejor los abusos, la APT dedicó su tercer Simposio Jean-Jacques Gautier a la realidad de las instituciones psiquiátricas en diversas regiones del mundo y a los desafíos relacionados con el monitoreo de estos lugares de privación de libertad.

El monitoreo de las instituciones psiquiátricas

Las instituciones psiquiátricas forman parte integral del mandato del Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT) y de los Mecanismos Nacionales de Prevención (MNP), los órganos creados en virtud del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura (OPCAT), cuyo mandato es visitar regularmente *“cualquier lugar donde se encuentren, o (...) pudieran encontrarse, personas privadas de libertad (que no puedan salir de allí libremente), siempre que tal privación de libertad esté relacionada con una situación en la que el Estado ejerza, o pudiera esperarse que ejerza, una*

¹ Informe del Relator Especial de la ONU sobre la tortura, Juan E. Méndez, Documento de la ONU A/HRC/22/53, 1º de febrero de 2013, §15, http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

función reguladora".² Los establecimientos privados, incluidos los centros de tratamiento con curanderos/as tradicionales, que fueron mencionados en varias ocasiones durante el Simposio, también se incluyen en la definición de lugar de detención contenida en el OPCAT.

La práctica muestra que, 10 años después de la entrada en vigor del OPCAT, las visitas a establecimientos psiquiátricos forman parte de la labor de los MNP en numerosos países, en particular en Europa y América Latina, pero también en la región de Asia-Pacífico (Nueva Zelanda). El SPT hace un mayor hincapié en el monitoreo de las instituciones psiquiátricas desde 2011 y, desde entonces, visita sistemáticamente este tipo de establecimiento en el marco de sus misiones.

En el ámbito regional, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT) monitorea periódicamente los hospitales psiquiátricos desde aproximadamente 15 años. Los miembros del CPT han sido sensibilizados y formados en la materia y actualmente las visitas a instituciones psiquiátricas forman una parte integral del trabajo del CPT, como ilustran las estadísticas de sus visitas en 2015: de 17 misiones efectuadas ese año, 12 de ellas incluyeron visitas a hospitales psiquiátricos.

A pesar del mandato claro y la toma de conciencia por parte de los órganos de monitoreo en cuanto a la necesidad de visitar estos lugares, continúan existiendo diversos obstáculos (internos y externos) para la realización de un monitoreo periódico. En el plano externo, la dificultad de acceso, en particular a los establecimientos privados, aún plantea retos importantes a los órganos de monitoreo en ciertos contextos. En el plano interno, estos lugares continúan sin ser una prioridad en el marco de los programas de visita de ciertos MNP, debido en parte a la falta de formación y sensibilización de las y los miembros en materia de discapacidad mental. Esto dificulta la capacidad del MNP para abordar de forma adecuada la situación de las personas privadas de libertad en estas instituciones y responder a sus necesidades. Teniendo en cuenta la existencia de prejuicios que acompañan a la discapacidad mental y la discriminación que ha

² SPT, *Compilación de los consejos ofrecidos por el SPT en respuesta a las peticiones de los MNP, Anexo del Noveno informe anual del SPT*, Documento de la ONU CAT/C/57/4, 22 de marzo 2016, §3, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/57/4&Lang=en

predominado históricamente hacia las personas con discapacidad, así como la falta de formación y sensibilización, las y los miembros y el personal de los órganos de monitoreo (MNP o SPT) con frecuencia siguen sintiéndose incómodos durante estas visitas.

Por último, el objetivo y la naturaleza de las instituciones psiquiátricas difieren de los lugares de detención más “clásicos”, como la cárcel. A diferencia del sistema penitenciario, la dirección de los establecimientos de salud participa en la decisión del internamiento no voluntario y posteriormente es responsable de la ejecución de dichas decisiones que no siempre se acompañan de garantías para evitar que sean arbitrarias y permitir que se interpongan recursos en caso de abusos. Además, la actitud del personal, que considera que se dedica a una labor terapéutica puede, a primera vista, ser de desconfianza ya que no está acostumbrado a ser objeto de supervisión por parte de un órgano externo independiente. De hecho, el personal a menudo desconoce, y, por lo tanto, no comprende bien el trabajo de estos órganos y lo percibe como un cuestionamiento ilegítimo de las decisiones médicas y una injerencia en el proceso terapéutico. Por lo tanto, es esencial en este contexto que los equipos de monitoreo se tomen el tiempo de explicar, al principio de cada visita, el sentido y el alcance de su mandato para acabar con las resistencias iniciales.

Hacia un cambio de paradigma: la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

Durante mucho tiempo, ha prevalecido el enfoque médico de la discapacidad mental y la opinión del/de la médico/a-psiquiatra casi no ha sido cuestionada. Este hecho establecido ha permitido ignorar la voluntad de las personas con discapacidad mental porque eran consideradas, y en la práctica continúan siendo consideradas en muchos casos, como “incapaces” de tomar decisiones de forma autónoma. Se ha mencionado que, detrás de la reticencia del entorno médico a someterse a la supervisión por parte de órganos independientes de protección de los derechos humanos, como los MNP, se esconde un juego de poder porque el cuerpo médico-psiquiátrico tiene el “monopolio” en lo que respecta al tratamiento y, en ciertos contextos, las autoridades del Estado también le confían una misión de “control social”.

Este poder se ve acentuado, en numerosos países, por la estigmatización y la discriminación que padecen las personas con discapacidad mental en la sociedad, que tiende a aceptar que se interne a las personas que se consideran peligrosas. En este sentido, el lugar y el papel de las familias en el internamiento en instituciones es una cuestión que se mencionó en diversas ocasiones durante el Simposio. El estigma presente en la sociedad, la falta de apoyo y de estructuras adecuadas en la comunidad contribuyen a que algunas familias “abandonen” a sus familiares con discapacidad en instituciones cerradas. Esta situación es particularmente grave en sociedades con supersticiones fuertes y donde las familias recurren a curanderos/as tradicionales cuyo tratamiento puede plantear riesgos graves para la integridad física y mental y cuyas acciones no están sometidas a ningún control externo. No obstante, se destacó que en algunos países, como en Senegal, la familia participa en la atención prestada para garantizar un tratamiento y un entorno más humanos, así como un regreso más fácil a la sociedad después de la hospitalización, evitando así una ruptura a largo plazo con la vida comunitaria.

Partiendo de esta observación y de la discriminación histórica hacia las personas con discapacidad mental, los y las participantes reconocieron la necesidad de cambiar de enfoque y reconocer a estas personas como sujetos plenos de derechos en lugar de “objetos” de tratamiento. Este enfoque se justifica en razón del cambio de paradigma derivado de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (en adelante CDPD o la Convención) adoptada en diciembre de 2006, que entró en vigor en mayo de 2008 y cuenta con 170 Estados parte de todas las regiones del mundo.

Este tratado tiene como objetivo garantizar el principio de no discriminación, elemento central de la Convención, por medio de la promoción y la protección del disfrute pleno e igualitario de todos los derechos humanos por parte de las personas con discapacidad. La Convención reafirma la prohibición de la tortura y otros malos tratos hacia las personas con discapacidad (artículo 15) y prohíbe la privación de la libertad basada en la discapacidad (artículo 14). El Comité de los Derechos de las personas con discapacidad (en adelante el Comité), que supervisa la aplicación de la Convención, interpretó el artículo 14 como una prohibición absoluta del internamiento

basado en la discapacidad (existente o aparente) y considera que todo internamiento basado en la discapacidad constituye una forma de detención arbitraria.³ Por último, el artículo 19 de la Convención consagra el derecho de las personas con discapacidad a vivir de manera independiente en la comunidad. De este modo, este tratado rompe con el enfoque principalmente médico de la discapacidad y obliga a los Estados parte a crear servicios que permiten la inserción en la sociedad de las personas con discapacidad, basándose en la igualdad con el resto de la población.

En el ámbito nacional, a pesar de que hay 170 Estados parte de la Convención, casi todas las legislaciones en vigor autorizan el internamiento y/o el tratamiento involuntarios basándose en criterios que incluyen el “trastorno mental”, pero también el “riesgo” que la persona representa para ella misma o para otras personas y la “necesidad terapéutica”.

Definiciones principales y terminología

Por “**institución psiquiátrica**”, el término utilizado en todo este informe, entendemos instituciones de salud, públicas o privadas, especializadas en tratamientos para personas con discapacidad mental (o psicosocial) tales como los hospitales psiquiátricos, las unidades psiquiátricas en los hospitales y las unidades cerradas de tratamiento para las personas en conflicto con la ley. Otras estructuras, como los establecimientos de protección social en los que miles de personas pueden ser institucionalizadas durante años, aunque oficialmente no son instituciones psiquiátricas a menudo lo son *de facto* y, por lo tanto, fueron objeto de debate durante el Simposio. Teniendo en cuenta esta definición, es necesario precisar que encontramos personas con discapacidad mental (o psicosocial) en muchos otros lugares de privación de libertad de los cuales no se habló en el marco del Simposio, tales como prisiones, comisarías, residencias para personas mayores u orfanatos.

Las **personas que se encuentran en una institución psiquiátrica** tienen condiciones jurídicas diferentes y su internamiento puede ser el resultado de procedimientos penales o civiles. En el primer

³ CDPD, *Líneas directrices relativas al derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad*, 2015: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx> (disponible únicamente en inglés).

caso, la decisión es pronunciada por un/a juez/a en el marco de un proceso penal y el internamiento es involuntario. En el caso del procedimiento civil, se encuentran personas cuyo internamiento es involuntario (este tipo de internamiento también se denomina “obligatorio”, “forzoso” o “sin consentimiento”) y personas cuyo internamiento es voluntario. En ciertos países, este internamiento involuntario es ordenado por una autoridad judicial o está sometido a un control judicial.

No obstante, el paso del internamiento voluntario al involuntario es frecuente y no es raro que, en la práctica, las personas internadas voluntariamente en realidad no puedan abandonar libremente el establecimiento y estén sometidas a las mismas condiciones y medidas restrictivas de libertad (internamiento en unidades cerradas, aislamiento) que las personas internadas en contra de su voluntad. Estas personas supuestamente internadas voluntariamente corren un riesgo particular al no disfrutar de las mismas garantías jurídicas que las personas internadas de forma involuntaria, ya que inicialmente son admitidas en la institución de forma “voluntaria”.

“Por definición, todas las personas detenidas en una prisión, una comisaría o un centro de detención migratoria están privadas de libertad. No es el caso en un hospital o una residencia, aunque un gran número de pacientes o residentes que se consideran voluntarios/as no lo sean en realidad.”

Catherine Paulet, miembro, SPT

La terminología empleada para referirse a las personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos varía ampliamente e incluye: “personas que padecen trastornos mentales”, “personas con problemas de salud mental”, “personas con discapacidad mental” o “personas con discapacidad psicosocial”. Para reflejar el cambio de paradigma histórico que supone la CDPD, que consagra por primera vez en un tratado internacional el hecho de que las personas con discapacidad son sujetos plenos de derechos, privilegiamos en este informe el uso de los términos “personas con discapacidad mental”

o “personas con discapacidad psicosocial”.⁴ Estos dos términos a menudo se utilizan indistintamente pero el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad prefiere el término “psicosocial”, ya que refleja mejor la idea de que la discapacidad es consecuencia de la interacción entre las “deficiencias” de una persona y el entorno social en el que vive.

Por último, para concluir esta introducción, deseamos resaltar que la situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad privadas de libertad debe abordarse con un enfoque intersectorial. De hecho, ciertos grupos o personas con discapacidad (como las mujeres, las personas LGBTI, los y las niñas, las personas mayores, las minorías étnicas o los pueblos indígenas) están expuestas, una vez institucionalizadas, a mayores riesgos de discriminación y malos tratos en razón, por ejemplo, de su sexo, orientación sexual, edad o pertenencia a una minoría o un pueblo indígena. Por lo tanto, se insta a los órganos de monitoreo a prestar una especial atención a estas situaciones de vulnerabilidad múltiple en el contexto de la privación de la libertad.

⁴ El artículo 1 de la CDPD define a las personas con discapacidad como *“aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*. Esta definición distingue dos nociones: la de “deficiencia” (que hace referencia a la característica individual de la persona) y la de “discapacidad” (entendida como el efecto de la interacción entre la deficiencia individual y el entorno social y físico).

Privación de libertad y tratamiento en una institución psiquiátrica

Normas y perspectivas internacionales

En el plano internacional existe una serie de normas relativas al internamiento y tratamiento involuntarios de personas con discapacidad mental. Estas normas, así como su interpretación, difieren considerablemente. En efecto, la mayoría de los órganos internacionales y regionales de derechos humanos aceptan la privación de la libertad y el tratamiento sin consentimiento en determinadas circunstancias (en concreto, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas, el Subcomité para la Prevención de la Tortura, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos), mientras que el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad recomienda la prohibición absoluta de la privación de libertad basada en la discapacidad, sin ninguna excepción. Esta posición es apoyada por el Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la Detención Arbitraria en sus *Principios y Directrices Básicos de las Naciones Unidas sobre los Recursos y Procedimientos relacionados con el Derecho de Toda Persona Privada de Libertad a Recurrir ante un Tribunal*, adoptados en 2015.⁵

Los órganos de monitoreo como el SPT y el CPT admiten, como medida de último recurso, el internamiento involuntario con garantías que permitan prevenir las detenciones arbitrarias y garantizar un

⁵ Principio 20, Documento de la ONU A/HRC/30/37, 6 de julio de 2015. Para un análisis detallado de las normas internacionales relativas al derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad, véase el documento publicado en 2015 para una reunión de expertos/as organizada por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/deprivationofliberty.aspx>

control judicial periódico de la decisión de privación de libertad.⁶ Del mismo modo, el SPT y el CPT aceptan, como último recurso, el tratamiento sin consentimiento cuando la persona no tiene capacidad de discernimiento. A pesar de ello, el tratamiento sin consentimiento debe ir acompañado de garantías, incluida la posibilidad de recurrir a una autoridad independiente, que a menudo no existe en la práctica. Sin embargo, el CPT y el SPT consideran que deben existir alternativas al internamiento a fin de limitar la institucionalización a largo plazo y promover estructuras de atención en la comunidad, de conformidad con el artículo 19 de la CDPD.

La CDPD propone un cambio de paradigma que, como lo hemos mencionado anteriormente, incluye la prohibición absoluta de la privación de libertad basada en la discapacidad. Así, el Comité considera que todo internamiento con base en la discapacidad constituye una forma de detención arbitraria y solicita también la prohibición total de someter a una persona a procedimientos médicos sin su consentimiento libre e informado.

Algunas y algunos participantes expresaron su preocupación por el apoyo insuficiente que los Estados brindan a este nuevo paradigma derivado de la CDPD. En este sentido, teniendo en consideración el número elevado de ratificaciones de este tratado, los y las participantes reconocieron la necesidad de reconocerlo como un instrumento de referencia, también para los órganos de prevención de la tortura. Los y las participantes en el Simposio, y en particular los MNP, debatieron ampliamente acerca de estas normas, así como de las interpretaciones divergentes en el plano internacional y de la dificultad que éstas generan para el trabajo de los órganos de monitoreo. El último capítulo del presente informe retomará este punto.

⁶ Véase SPT, *Enfoque del Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes respecto de los derechos de las personas institucionalizadas y bajo tratamiento médico sin consentimiento informado*, Documento de la ONU CAT/OP/27/2, 26 de enero de 2016, §8, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/OP/27/2&Lang=en. Véanse también las normas del CPT sobre los establecimientos psiquiátricos, §52: <http://www.cpt.coe.int/lang/esp/esp-standards.pdf>

Paraguay: criterios en materia de internamiento y tratamiento involuntarios

El MNP exige cuatro condiciones acumulativas para limitar al máximo la privación de libertad involuntaria:

1. Que, en virtud del código de la salud paraguaya, el riesgo que la persona representa esté probado por escrito después de haber sido evaluado por un grupo de expertos/as independientes (como mínimo dos profesionales de salud) que no tienen ningún interés en la institucionalización de la persona.
2. Que este riesgo implique un peligro, en particular para la vida o integridad personal de una tercera persona o de la propia persona.
3. Que la ausencia de un tratamiento en un momento de crisis provoque un daño irreversible.
4. Que las autoridades no consideren el encierro como primera y única medida pero que contemplen modelos socio-comunitarios y agoten las alternativas en entornos abiertos.

Si estas condiciones están reunidas, la privación de libertad debe ser la más corta posible y sometida a un control regular (cada 24, 48 o 72 horas).

El principio de consentimiento libre e informado al tratamiento

El principio de consentimiento libre e informado para todo tratamiento médico se establece en varios textos internacionales anteriores a la adopción de la CDPD en 2006.⁷ El artículo 25 de la CDPD estipula que los Estados parte tienen la obligación de exigir a los y las profesionales de la salud *“que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado”*.

⁷ Véanse, en el ámbito europeo, el *Convenio de Oviedo relativo a los derechos humanos y la biomedicina de 1999* y la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000* (art. 3, §2). Véase también la siguiente recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa: *Recomendación Rec (2004)10 relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastorno mental*.

Las normas del CPT y del SPT también consagran este principio. En este sentido, el CPT precisa que “*cualquier derogación de este principio fundamental debería basarse en la ley y relacionarse sólo con circunstancias excepcionales claras y estrictamente definidas*”.⁸

El internamiento, voluntario o no, en un establecimiento psiquiátrico nunca debe interpretarse como una autorización para administrar un tratamiento sin consentimiento. El consentimiento se puede considerar “libre e informado” si la persona es informada de todas las implicaciones del tratamiento, incluidos los posibles efectos secundarios, así como su derecho a negarse a recibir un tratamiento o a cualquier otra forma de intervención médica. Además, la obtención del consentimiento no se puede limitar a una simple formalidad, por lo que es necesario dedicar tiempo para hablar con la persona sobre el tratamiento al que posiblemente sea sometida. Por último, la continuación de un tratamiento no puede basarse únicamente en un consentimiento expresado inicialmente y la obtención del consentimiento libre e informado debe, por lo tanto, ser un proceso continuo, necesario en cada intervención médica.

Durante el Simposio, los y las participantes pusieron de relieve la diferencia importante entre el marco jurídico y la práctica cotidiana en las instituciones psiquiátricas con respecto al consentimiento. En efecto, los equipos de visita a menudo constatan que la existencia de una deficiencia mental, aparente o existente, justifica que la toma de decisiones se realice sin ni siquiera intentar saber cuál es el deseo de la persona, a la cual, en la mayoría de los casos, no se le informa o se informa de manera incompleta acerca de sus derechos. En muchos casos, también existe una relación estrecha entre la privación de la capacidad jurídica y la privación de libertad, seguidas de tratamientos involuntarios. Frecuentemente, las personas privadas de su capacidad jurídica son internadas sin su consentimiento y consideradas, equivocadamente, como “voluntarios/as” cuando la institución obtiene el consentimiento de una tercera persona (tutor/a o curador/a).

La CDPD propone un cambio de paradigma que presume la capacidad de la persona para tomar decisiones relativas a su tratamiento en cualquier circunstancia. Por lo tanto, siempre se debe buscar el consentimiento, incluso cuando la persona, *a priori*,

⁸ Normas del CPT, §41.

no tenga la capacidad de comprender la información recibida ni de comunicarse eficazmente.

“Aceptamos que hay situaciones en las que las personas no son capaces de expresar su consentimiento y su voluntad y preferencias en cuanto a tratamientos que podrían salvarles la vida. Sin embargo, debemos adoptar un enfoque que presuma la capacidad. Hemos observado desde hace décadas que, a no ser que adoptemos ese enfoque, presumimos que las personas son incapaces de tomar decisiones y dar su consentimiento. Este es el cambio de paradigma del que hablamos: deberíamos presumir la capacidad en cualquier situación porque toda persona tiene momentos de lucidez.”

Dragana Ćirić, *Mental Disability Rights Initiative*, Serbia

El Comité comenzó a desarrollar normas en la materia, que aún necesitan ir acompañadas de protocolos relativos a su implementación. Promueve en particular la transición de un sistema de toma de decisiones “sustitutiva” a un sistema de toma de decisiones “con apoyos”.⁹ El primero se fundamenta en la designación de una tercera persona, la cual basa sus decisiones en el principio del “interés superior” de la persona, a veces contra la voluntad de la misma. El segundo permite a la persona expresar su voluntad y sus preferencias con apoyo. El Comité identificó ejemplos de prácticas para garantizar este derecho, como la posibilidad de obtener el consentimiento previo de la persona o recurrir a un/a “ombudsman personal” o a los testimonios de personas cercanas.

El principio del consentimiento libre e informado: dificultades prácticas para su aplicación

La cuestión de las situaciones que pueden justificar la anulación del consentimiento de una persona fue objeto de animados debates. Los y las participantes se mostraron de acuerdo en cuanto a la necesidad

⁹ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación general N°1 sobre el artículo 12 (igual reconocimiento como persona ante la ley)*, Documento de la ONU CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014, §3, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en

de diferenciar dos escenarios muy distintos: las situaciones de urgencia o crisis, que presentan un riesgo inminente para la vida de la propia persona o de otras personas, en las cuales la falta de tratamiento podría provocar un daño irreparable, y las medidas terapéuticas a largo plazo, para las cuales el consentimiento no debe obviarse.

Se creó consenso en torno al hecho de que las situaciones de peligro inminente para la vida de una persona podrían justificar un tratamiento sin consentimiento. La perspectiva y las vivencias de antiguos/as usuarios/as de servicios ilustraron las diversas posiciones y la complejidad de esta cuestión. Algunas personas consideran que el tratamiento forzado puede justificarse con el fin de salvar una vida, mientras que otras piensan que todo tratamiento forzado es una violación del derecho a no ser torturado, ya que ciertos tratamientos pueden dañar gravemente la salud de la persona a mediano o largo plazo, y por lo tanto, debe prohibirse para buscar permanentemente el consentimiento y alternativas. Por último, se declaró claramente que las situaciones de crisis deben considerarse excepcionales y que en ningún caso pueden constituir la base de políticas públicas en la materia.

“¿Cuál es la alternativa que nos permite seguir salvando vidas, sin establecer como regla general el tratamiento forzado y la privación de la capacidad jurídica? Allí está el desafío. (...) Me parece que focalizar las políticas públicas en el caso excepcional básicamente no es tener una discusión sobre políticas públicas. Debemos pensar sistemas que puedan llegar a cubrir el 99.99% de los casos y no centrarse en el mínimo de los casos.”

Facundo Chávez, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

Aparte de los argumentos éticos y los peligros asociados a la administración de tratamientos involuntarios en psiquiatría, los y las participantes abordaron también la cuestión del carácter contraproducente de estos tratamientos, tal y como ilustra un estudio publicado en 2012 por la Agencia de los Derechos Fundamentales

de la Unión Europea.¹⁰ Este informe destaca que la implicación de la persona en su tratamiento y su aprobación en la elección del mismo tiene un impacto positivo en la hospitalización. Al contrario, cuando el tratamiento se administra sin el consentimiento de la persona y que ésta no comprende las implicaciones, se convierte en una fuente de sufrimiento y tiene más consecuencias nefastas a largo plazo en la salud de la persona.

El testimonio de una víctima de tratamiento forzado permitió ilustrar el efecto negativo de ciertos tratamientos y la necesidad de reconocer el perjuicio causado como primera forma de reparación y primer paso para un cambio de prácticas. En este sentido, el principio de “necesidad médica” de ciertos tratamientos se puso en tela de juicio como una noción imprecisa que no se fundamenta en pruebas científicas claras, tal como lo resaltaron el Relator de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud y la Relatora de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad: *“El concepto de ‘necesidad médica’ que apoya el internamiento y el tratamiento sin consentimiento no se basa en pruebas científicas ni criterios sólidos. El legado del uso de la fuerza en la psiquiatría va en contra del principio “primum non nocere” (no hacer daño) y ya no se debería aceptar”*.¹¹

Por último, se puso de relieve que, en la práctica, es posible reducir, incluso suprimir, el recurso a los tratamientos involuntarios gracias al aprendizaje de técnicas para reducir la intensidad de la crisis que permiten que la persona recupere su lucidez, sin medicación. Cuando se administra un tratamiento, el efecto calmante puede generar dificultades de comunicación que lleven a continuar el tratamiento sin consentimiento. Para evitar este círculo vicioso, es necesario usar todos los medios posibles para comprender la voluntad y las preferencias de la persona y evitar recurrir al tratamiento forzado. En este sentido, es esencial contar con suficiente personal médico y que éste tenga una formación especializada adecuada para anticipar los riesgos y evitar las situaciones de crisis. Asimismo, se hizo hincapié

¹⁰ Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, *Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems*, 2012, <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-persons-mental-health-problems>

¹¹ *“Dignity must prevail” – An appeal to do away with non-consensual psychiatric treatment*, Día Mundial de la Salud Mental, 10 de octubre de 2015, <http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16583&LangID=E>

en que el acceso a actividades, escasas en numerosas instituciones, es un factor que permite limitar los estados de agitación y prevenir situaciones de crisis.

“Las prácticas médicas violentas, como electrochoques forzados y medicación forzada, no constituyen una ayuda o cuidado, ni tienen propósitos legítimos. Constituyen prácticas discriminatorias y nocivas que pueden causar lesiones graves y sufrimiento, así como un miedo y trauma profundos para las víctimas. Existe una necesidad urgente de reconocer el grave daño causado y el sufrimiento infligido a las víctimas.”

Hege Orefellen, Red mundial de usuarias/os y supervivientes de la psiquiatría

Situaciones y factores de riesgo en instituciones psiquiátricas

El internamiento y el tratamiento involuntarios en una institución psiquiátrica afectan varios derechos. Este capítulo examina en primer lugar el uso de medidas como el aislamiento y la contención, que plantean los mayores riesgos para la integridad física y mental. A continuación, se aborda otras medidas, como las diversas restricciones a las que se somete a las personas en el contexto de la vida en una institución y que atentan contra su dignidad y su derecho a la privacidad. Por último, se tratarán los riesgos generados por la medicación excesiva.

Aislamiento y medidas de contención

El aislamiento se entiende en el presente informe como la reclusión de una persona en un espacio cerrado del que no puede salir libremente, ya sea su propia habitación o cualquier otro lugar previsto a tal efecto. La contención, que tiene por objeto limitar la movilidad de la persona, puede adoptar varias formas: la denominada contención física o mecánica (camisa de fuerza, ataduras, incluido a una cama por medio de correas sujetas a cuatro o cinco puntos de fijación) y la contención química (inyección de medicamentos, a menudo con el objetivo de sedar a la persona). Otros medios de contención incluyen el uso de camas-jaula, incluso en Europa, y de cadenas, cuya utilización se ha documentado en particular en centros tradicionales de tratamiento en África y Asia.¹²

Los y las participantes describieron la situación en diferentes regiones del mundo y expresaron su profunda preocupación ante

¹² Véase, con respecto al uso de cadenas, el informe reciente sobre Indonesia de Human Rights Watch: *Living in Hell, Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia*, <https://www.hrw.org/es/news/2016/03/20/indonesia-encadenan-personas-con-problemas-de-salud-mental>. Otros informes que documentan la situación en otros países están disponibles aquí: <https://www.hrw.org/es/topic/disability-rights>. Véanse también los informes de *Disability Rights International*: <http://www.driadvocacy.org/media-gallery/our-reports-publications/>

estas prácticas, que representan una “privación de libertad dentro de la privación de libertad”. El CPT, en particular, destacó una tendencia al aumento del uso del aislamiento y la contención en diversos países de Europa, tanto en lo que respecta a la duración como a la frecuencia, así como del peligro que plantea un uso combinado de distintas formas de contención (física y química). Es una realidad que hace reflexionar, cuando las normas internacionales existentes tienden a limitar, o incluso a prohibir (Comité CDPD), estas prácticas. Las normas del CPT prevén el uso del aislamiento y la contención limitado a casos excepcionales, como último recurso, durante el tiempo mínimo posible, y bajo la supervisión constante de personal médico cualificado. Por último, el CPT precisa que el recurso a estas prácticas no debe responder jamás a una medida disciplinaria y que cada medida de aislamiento debe someterse a un procedimiento que permita dar seguimiento a esta práctica.¹³

El MNP francés publicó en mayo de 2016 un informe dedicado al aislamiento y la contención en Francia, basado en visitas efectuadas a más de una centena de establecimientos de salud a lo largo de los últimos años.¹⁴ Este informe destaca el hecho de que ningún estudio científico afirma la eficacia terapéutica de la contención ni del aislamiento y pone de relieve una gran disparidad entre el uso de estas prácticas en Francia, una disparidad observada también por parte de MNP en otros países:

- Disparidad en cuanto al propio recurso al aislamiento y la contención según los establecimientos (uso a veces generalizado y totalmente banalizado o bien casi inexistente), o incluso dentro de un mismo establecimiento donde pueden existir diferencias considerables de una unidad a otra;
- diversidad de motivos que justifican las medidas: “peligrosidad” de la persona, fin terapéutico, pero a menudo también usado como medida “disciplinaria”;
- variedad en la duración de estas medidas, que pueden ir de varias horas a varios meses.

¹³ Normas del CPT, §§ 47-50.

¹⁴ Inspector General de los lugares de privación de libertad (CGLPL), *Isolément et contention dans les établissements de santé mentale*, ediciones Dalloz, París, 2016: <http://www.cglpl.fr/2016/isolément-et-contention-dans-les-etablissements-de-santé-mentale/>

El MNP de Paraguay observó prácticas no violentas en situaciones de crisis en ciertas instituciones, como el método del “abrazo” o el de la contención con sábanas.

“La experiencia vivencial que he tenido es que en un psiquiátrico implementaron un método, en primer lugar, de convicción a la persona que entra por primera vez. Implementaron una modalidad de contención que es la del ‘abrazo’ o de ‘contención con sábanas’. Esta modalidad pretende por lo menos una propuesta más pacífica que sustituye métodos como la restricción, el encadenamiento o el aislamiento.”

Carlos Portillo, MNP, Paraguay

Los órganos de monitoreo se mostraron de acuerdo con respecto a la necesidad de identificar el uso generalizado o no de estas medidas para constatar si se inscriben en la cultura de la institución como una modalidad habitual de gestión. Para que estos órganos puedan verificar que se han intentado utilizar otros medios (medidas de sustitución al aislamiento o la contención) y que no ha funcionado, es necesario crear un registro en cada establecimiento para permitir realizar un seguimiento de estas medidas, no solo por parte de los órganos externos independientes como los MNP, sino también por las autoridades o incluso las familias y las asociaciones de usuarios/as. Por último, las familias deberían estar siempre informadas del aislamiento de sus parientes o, si procede, de las medidas de contención a las que se les ha sometido.

Francia: registro del aislamiento y la contención y nuevo recurso procesal

Una ley de fecha 26 de enero de 2016 ha implementado ciertas recomendaciones del MNP relativas al aislamiento y la contención en Francia. La ley estipula que estas prácticas deben ser aplicadas como último recurso, con base en la decisión (en lugar de la prescripción) de un/a médico/a y deben inscribirse en un registro. A partir de ahora, el aislamiento sale del campo de la prescripción médica, es decir, una medida que se supone terapéutica y está vinculada a la prescripción, y la ley ofrece la posibilidad de impugnar esta decisión médica ante un/a juez/a. Los efectos de esta disposición reciente todavía no han podido ser evaluados.

Se destacó la necesidad de identificar medidas de sustitución que respeten la integridad y dignidad de las personas y de prevenir mejor las situaciones de crisis con el objetivo de romper el círculo vicioso que generan el aislamiento y la contención. En efecto, no es raro que estas prácticas estén vinculadas a la falta de personal sanitario disponible en la institución, así como a la falta de formación relativa a las técnicas de gestión de los estados de agitación y de reducción de la intensidad de la crisis. Por lo tanto, se mencionó la importancia del papel de los MNP a la hora de identificar las situaciones susceptibles de conducir a crisis tales como: falta de acceso al personal sanitario, falta de actividades, acceso limitado a las visitas, posibilidad de fumar, etc.

“Siempre me acuerdo de la historia de un joven que ingresó voluntariamente en un hospital. Pensaba que necesitaba ayuda, así que acudió de forma voluntaria e inmediatamente se le administró medicación. Se le dio un medicamento antes de que hablara con nadie, lo que le provocó movimientos involuntarios. Ese comportamiento se consideró como agitación cuando solo intentaba comunicarse. Después, se le puso una inyección y perdió su capacidad de hablar, lo que se percibió como una negación del tratamiento. En consecuencia, le empezaron a tratar involuntariamente, conteniéndolo en la cama.”

Dragana Ćirić, *Mental Disability Rights Initiative*, Serbia

Por último, los MNP y otros y otras expertas presentes se preguntaron qué enfoque adoptar ante estos métodos. Mientras que algunos/as recomiendan una mejor regulación (por medio, por ejemplo, de directrices escritas por profesionales) y un control más estricto de estas prácticas para ofrecer mejores garantías a los y las usuarias, otros/as afirman que el único enfoque que garantiza el respeto de los derechos humanos consiste en prohibir estas prácticas, como recomienda el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad.

Dignidad y respeto del derecho a la privacidad

Las condiciones de vida en una institución psiquiátrica y las restricciones impuestas a las personas hospitalizadas pueden vulnerar también su dignidad y el respeto de su derecho a la privacidad. Las situaciones identificadas incluyen la ausencia, a menudo total, de la intimidad, por ejemplo: imposibilidad de cerrar su habitación con llave (en el caso de que sea individual) y guardar sus efectos personales, incluida su propia ropa. A menudo también se impone la obligación de llevar pijama, por razones supuestamente de seguridad con el fin de evitar fugas. El acceso al teléfono móvil también puede verse restringido, o incluso prohibido, durante toda la estancia en la institución, lo que priva a la persona del contacto en privado con personas externas (ya que los teléfonos públicos, cuando existen, frecuentemente se encuentran en espacios comunes que no permiten ninguna intimidad). El acceso a las visitas también resulta difícil, o incluso se prohíbe a las personas que se encuentran

aisladas en una habitación o bajo medidas de contención. A veces se prohíben los contactos entre los y las usuarias de servicios psiquiátricos. Por último, se imponen otras restricciones, como la prohibición de fumar. El sexo, sin estar necesariamente prohibido, sigue siendo un tabú en numerosas instituciones, lo que genera una falta total de medidas de prevención, en concreto contra los embarazos no deseados o las infecciones de transmisión sexual.

La vigilancia a veces constante, en particular en las habitaciones de aislamiento, ya sea mediante sistemas de vídeovigilancia o efectuada directamente por el personal sanitario, atenta igualmente contra la intimidad de las personas. En casos extremos, la vigilancia incluye los lugares íntimos, como las duchas y los aseos y se llega a prohibir que se apague la luz en la habitación, incluso por la noche. El testimonio de un participante al Simposio, que fue sometido a la experiencia profundamente humillante de estar bajo supervisión permanente, ilustró este problema.

“Para impedirme abandonar el hospital y autolesionarme, se me vigiló de cerca y tuve personal de enfermería a mi lado a todas horas durante siete semanas de los cuatro meses en los que fui un paciente. No se me permitía apagar la luz en mi habitación ni que la enfermera perdiera de vista partes de mi cuerpo; tenía que hacer mis necesidades delante del personal de enfermería y se me requisó cualquier posesión que pudiera utilizar para hacerme daño. Cuando me intenté ahorcar, casi todas mis posesiones fueron confiscadas.”

Graham Morgan, *Mental Welfare Commission for Scotland*,
parte del MNP del Reino Unido

Estas restricciones generalmente se justifican con motivos de seguridad o médicos (como la prevención de suicidios), lo que exige que los MNP sensibilicen a las autoridades acerca de la necesidad de cuestionar la legitimidad de ciertas prácticas banalizadas por el personal. Estas restricciones nunca deberían convertirse en reglas generales impuestas a todas las personas institucionalizadas, sino ser fruto de una reflexión que se base en un enfoque individual que permita evaluar, caso por caso, la necesidad de las medidas en el marco del tratamiento de cada persona.

Las personas autistas en hospitales psiquiátricos

Se mencionó que, en ciertos contextos, las personas autistas privadas de libertad corren un riesgo particular y son privadas de todas sus posesiones personales porque se las percibe, erróneamente, como un peligro para sí mismas y las demás personas. Sus dificultades de comunicación se perciben como una discapacidad psicosocial que justifica tratamientos sin su consentimiento. A pesar de un riesgo de comportamiento violento inicialmente débil, estas personas sufren restricciones importantes en cuanto a su libertad y el respeto de su privacidad. La privación de libertad y el tratamiento son vividos como una amenaza y solo contribuyen a exacerbar el problema. La intensificación de las medidas de restricción puede llegar al aislamiento o la contención y está relacionada directamente con el desconocimiento de las necesidades y características específicas de estas personas.

Evaluar el tratamiento y los riesgos del exceso de medicación

El tratamiento con fármacos, y en particular los riesgos generados por el exceso de medicación y la combinación de diferentes sustancias para la integridad de las personas, también fueron objeto de debate en el Simposio. Diferentes órganos de monitoreo constataron que, muy a menudo, el tratamiento suministrado consiste principalmente en farmacoterapia, no es individualizado y que los componentes esenciales de un tratamiento eficaz (como actividades terapéuticas que incluyen el acceso a la ergoterapia, el arte, la música o el deporte y psicoterapias individuales) son limitados o ni siquiera existen. Esta situación, como lo observó el CPT *“puede ser el resultado de la ausencia de personal debidamente cualificado y de la falta de instalaciones adecuadas o el resultado de una filosofía anticuada basada en la custodia de los pacientes”*.¹⁵ Por lo tanto, el exceso de medicación en general es fruto de un entorno institucional que no tiene por objetivo favorecer la autonomía y la capacidad de la persona para tomar sus propias decisiones. Se destacó que esto puede constituir un tratamiento inhumano o degradante, y se recalcó

¹⁵ Normas del CPT, §37.

acerca de los efectos nefastos de la sobredosis de medicamentos o la interacción con otros medicamentos. La cuestión de las pruebas clínicas sin el consentimiento de las personas también fue abordada, así como los fallecimientos potencialmente asociados a estos estudios.

Varios/as participantes destacaron que la medicación a menudo no tiene un objetivo terapéutico claro y que se utiliza con fines disciplinarios y de castigo. Para prevenir mejor los abusos, es fundamental que las personas den su consentimiento al tratamiento, se las involucre debidamente en la elección del tipo de medicación y que comprendan sus posibles efectos secundarios. Esto implica informarlas y presentarles alternativas, incluida una opción terapéutica libre de medicación.

Los órganos de monitoreo a menudo se enfrentan a la dificultad de evaluar la pertinencia del tratamiento. Cuando no tienen conocimientos médicos especializados, algunos a veces se ven desfavorecidos porque sienten que no están capacitados ni legitimados para juzgar el valor terapéutico de uno u otro tratamiento.

Las opiniones de los MNP varían en lo que concierne a su capacidad y legitimidad para cuestionar la pertinencia y el contenido de los tratamientos con fármacos. Algunos consideran que les incumbe evaluar el tratamiento de manera sistemática y cuestionar ciertas prácticas de exceso de medicación, suministrados por parte de un personal mal capacitado e insuficiente. Así, conviene examinar el contenido, la duración del tratamiento, si se han propuesto alternativas y de qué medios dispone la institución, en particular la existencia o no de terapias alternativas que permitan evitar cualquier medicación.

“La cuestión de los medicamentos en el hospital es: ¿para qué se utilizan? Casi nunca se utilizan con fines terapéuticos, sino como medida disciplinaria, como sedativo y como castigo. Creo que el papel del MNP debería ser observar y decidir si estos medicamentos se utilizan en contra de su propósito, es decir, el tratamiento.”

Vladimir Jovic, MNP, Serbia

Asimismo, los MNP deben capacitarse para poder identificar las señales que revelan una medicación potencialmente abusiva gracias a la presencia de efectos secundarios – como somnolencia – que son fácilmente identificables, así como evaluar los posibles efectos de la interacción entre los diferentes medicamentos y el uso de sustancias con fines disciplinarios. La tasa de defunciones en la institución también debe ser controlada para identificar las causas.

Por último, para implementar este aspecto de su mandato, es esencial que las y los miembros de los MNP (incluidos/as los/las que no sean médicos/as) y del SPT tengan acceso a toda la documentación médica, como lo estipula el OPCAT. En muchos países, esto todavía constituye un desafío, en particular debido a la confidencialidad que rodea a los datos médicos.

El papel de los MNP frente al exceso de medicación: la experiencia de Georgia

El MNP georgiano, en funcionamiento desde 2010 en la Defensoría del Pueblo, considera que es competente para evaluar el tratamiento desde los puntos de vista farmacológico (tipo y dosis) y jurídico (si constituye o no un mal tratamiento). Partiendo del principio de que todo tratamiento debe ser sometido a un enfoque individual y que la persona debe participar en todo el proceso terapéutico, destaca la necesidad de verificar que existe un valor terapéutico en todo tratamiento y que éste no se administra jamás con fines punitivos.

El MNP se informa de si existen directrices en materia de medicación y, de no haberlas, de si las y los médicos son libres de prescribir el tipo y la dosis de medicación. Además, verifica que la medicación no sea la única modalidad de gestión e identifica la presencia de efectos secundarios.

La prueba que el MNP propone para evaluar la idoneidad de un tratamiento es: un tipo de medicación y una dosis correctos; la estabilización, e incluso la mejora, del estado del/de la persona; y la gestión de los efectos secundarios. Toda ausencia de resultados positivos debe llevar a reexaminar la prescripción.

En el plano metodológico, recomienda que los MNP:

- adquieran conocimientos específicos sobre los tratamientos farmacológicos existentes;
- identifiquen el uso sistemático de la medicación excesiva;
- presten atención a los factores de riesgo que pueden llevar a la práctica del exceso de medicación, por ejemplo: la formación y el número de miembros del personal; las condiciones de vida en el establecimiento; la falta de tratamiento psicosocial individual; la ausencia de estrategias de prevención y de reducción de las tensiones; y la falta de comunicación adecuada entre las y los pacientes y el personal.

El monitoreo de las instituciones psiquiátricas: ¿cuál es el papel de los MNP?

Los MNP pueden desempeñar un papel esencial en el fortalecimiento de la protección de las personas internadas en instituciones psiquiátricas. Su mandato preventivo les permite visitar estos lugares de privación de libertad para observar el tratamiento de las personas y las condiciones físicas del establecimiento, con el fin de identificar las causas de la tortura y otros malos tratos, y poder conversar, basándose en lo que han observado, con las autoridades estatales para mejorar la legislación y la práctica. Este mandato implica orientar a las autoridades hacia la adopción de marcos legislativos y políticas públicas basados en la no discriminación y el respeto de los derechos humanos. Por último, los MNP también desempeñan un papel importante en la sensibilización del público en general, particularmente por medio de la publicación de informes o comunicados sobre sus hallazgos.

Para ello, es esencial que los propios MNP estén sensibilizados, en todos los niveles de la institución, a las normas que rigen la privación de libertad de las personas con discapacidad mental, incluidos los principios de la CDPD. Es indispensable, además, que hayan recibido una formación adecuada acerca de los aspectos específicos del monitoreo de establecimientos psiquiátricos y definan el alcance y los límites de su mandato en el marco de este monitoreo.

Alcance y límites del mandato de prevención de los MNP

¿Cómo pueden los MNP abordar la cuestión de las normas internacionales en materia de privación de libertad de personas con discapacidad pero también las normas en relación con el uso de la contención o el aislamiento? ¿Deben cuestionar la privación de libertad en sí y promover alternativas a la institucionalización que favorezcan el derecho de las personas con discapacidad mental a vivir de forma autónoma en la comunidad?

La mayoría de los MNP reconocieron que las normas de la CDPD constituyen un marco de referencia y que el principio de no discriminación y el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos plenos de derechos debe regir sus acciones. Sin embargo, se identificaron obstáculos importantes para la implementación de estos principios, en particular el cuestionamiento de los sistemas de “sustitución” en la toma de decisiones y el objetivo de la desinstitucionalización, debido a las profundas reformas sociales que presuponen los cambios de paradigma que derivan de la Convención.

Más allá de la cuestión de las normas aplicables, los MNP debatieron su papel en cuanto a la implementación de estas normas y los desafíos a los que se enfrentan para que su labor y recomendaciones contribuyan a reducir la disparidad importante entre la legislación y la práctica.

“Nuestro papel como MNP es hacer recomendaciones que las instituciones pueden implementar y no solo repetir las normas que ya conocen, o se supone que deben conocer. Tenemos que reducir la brecha entre las normas y los desafíos relativos con la práctica, que implica situaciones complejas a diario. Creo que es nuestro mayor desafío: hacer recomendaciones a las instituciones y lograr convencerlas de que estas recomendaciones constituyen el enfoque correcto para que luego las implementen en la práctica.”

Sandra Imhof, MNP, Suiza

Con respecto a la privación de libertad en sí misma, y con el fin de prevenir detenciones arbitrarias, ciertos MNP, así como el SPT, consideran que forma parte de su mandato evaluar la legalidad de la privación de libertad en el contexto psiquiátrico y verificar si las personas internadas “voluntariamente” lo son verdaderamente.

Algunos/as participantes opinaron durante los debates que instar a mejorar las prácticas institucionales no es suficiente. Teniendo en cuenta la diversidad de prácticas de los MNP, se examinó en concreto la cuestión de saber si la desinstitucionalización constituye

una condición previa necesaria para el respeto de los derechos de las personas con discapacidad. La CDPD estipula que ofrecer tratamientos sin recurrir a la institucionalización es una exigencia inmediata a la que deben someterse los Estados parte. Pero, ¿qué papel deben desempeñar los MNP al respecto? ¿Deben posicionarse frente a un modelo de salud concreto o esto excede su mandato?

Aunque la mayor parte de los MNP presentes adoptan los principios clave de la Convención (no discriminación, autonomía), no todos abordan de la misma manera su implementación en la práctica. Algunos mecanismos promueven activamente la desinstitucionalización como una exigencia inmediata porque se trata, según ellos, del medio más eficaz para prevenir la tortura. En Brasil, en particular, el MNP opera en el marco de una reforma del sistema psiquiátrico (ley 10.216 de 2001) que prevé la sustitución de asilos psiquiátricos por servicios en la comunidad. El MNP de Paraguay expuso el ejemplo de una comunidad indígena rural que no utiliza el internamiento para ilustrar que la percepción de los riesgos vinculados a la salud mental puede también estar condicionada por la cultura. Otros MNP perciben la desinstitucionalización como un objetivo a largo plazo y adoptan un enfoque “pragmático” que consiste en cuestionar los casos de detención arbitraria y verificar la aplicación de todas las garantías para prevenir los malos tratos, en particular la aplicación del principio de consentimiento libre e informado al tratamiento.

Por último, si los mecanismos de prevención pueden llegar a recomendar el cierre de establecimientos psiquiátricos y promover cuidados en la comunidad, surge la cuestión de la existencia de medidas de sustitución a la institucionalización. Es evidente que la ausencia de servicios en la comunidad no puede justificar en ningún caso la institucionalización, pero la preocupación de los órganos de monitoreo en cuanto al futuro de las personas con discapacidad mental es legítima. Varios/as participantes expresaron su preocupación ante la carencia de servicios comunitarios y destacaron la necesidad de que los Estados desarrollen estos servicios en vez de invertir en la renovación de instituciones de larga estancia. En el caso de personas en conflicto con la ley, alertaron a sus pares de la necesidad de actuar con cautela para que el cierre de establecimientos psiquiátricos no dé lugar a un aumento del número de personas con problemas de salud mental en prisión.

Principales dificultades metodológicas

Los MNP debatieron los aspectos específicos y los desafíos metodológicos relacionados con el monitoreo de instituciones psiquiátricas, por ejemplo: la composición del equipo de visita, las cuestiones relacionadas con el personal del establecimiento y las entrevistas en privado con las y los usuarios de los servicios psiquiátricos.

Composición del equipo de monitoreo

Garantizar la multidisciplinariedad del personal y de los miembros de un MNP forma parte de los criterios del OPCAT que los Estados deben aplicar al crear su mecanismo. Esto permite que el mecanismo se beneficie de una diversidad de puntos de vista, en función de los campos de especialidad de cada miembro. Los MNP y el SPT debatieron durante el Simposio el papel de los y las psiquiatras en el equipo y las ventajas y desventajas de su presencia en los equipos de visitas.

Al tener conocimientos médicos especializados, el/la psiquiatra está en condiciones de evaluar la pertinencia de la atención y la calidad de los tratamientos propuestos y, por lo tanto, puede aportar una legitimidad suplementaria al MNP. Sin embargo, su presencia también puede percibirse con desconfianza por los y las usuarias, puesto que se asocia directamente a sus vivencias en la institución. Además, no es necesariamente evidente para una/a psiquiatra que su función como miembro de un órgano de monitoreo de los derechos humanos deba prevalecer sobre su función de médico/a, en el interés de las personas privadas de libertad. Habida cuenta de lo que antecede, es esencial que el punto de vista del/de la psiquiatra pueda ser contrastado con la opinión de sus pares no especializados para permitir antes, durante y después de las visitas, un intercambio en el equipo y la construcción de un enfoque común del monitoreo entre especialistas y no especialistas.

“Las/los miembros que no son psiquiatras desempeñan un papel esencial a la hora de contrarrestar los sesgos profesionales de las/los psiquiatras. Muestran una mayor sensibilidad hacia los efectos deshumanizadores de algunas instituciones psiquiátricas y formulan preguntas sensatas sobre las condiciones de vida cotidiana de los y las pacientes. Asimismo, entienden la importancia de las entrevistas en privado con las/los pacientes para investigar posibles abusos, incluso entrevistas con personas psicóticas, que sufren trastornos agudos o personas en régimen de aislamiento y/o bajo contención física.”

Timothy Harding, Experto-psiquiatra, CPT

En la práctica, varios MNP no cuentan con expertos/as médicos/as en su equipo. Para paliar esta carencia, a veces se invita a psiquiatras como expertos/as externos/as, para que se sumen al equipo del MNP únicamente durante las visitas. Esta situación ofrece los beneficios enunciados arriba, pero también representa un desafío adicional: el de compartir una visión/entendimiento común del mandato de prevención del monitoreo, más allá de la trayectoria profesional pasada de cada uno de los miembros del equipo de visita. Por último, los debates permitieron concluir que, si bien la presencia de un/a médico/a-psiquiatra en el MNP representa un valor añadido, no es necesario ser un/a especialista para evaluar la justificación de ciertas prácticas y su posible violación de los derechos humanos.

Finalmente, una buena práctica de algunos MNP es integrar a antiguos/as usuarios/as en el equipo, ya sea como miembros plenos del equipo del mecanismo o como expertos/as externos/as. La presencia y la experiencia de estas personas facilitan el contacto con los y las usuarias en particular, pero también con sus familias e incluso con el personal. Sus vivencias, que aportan una perspectiva diferente sobre los lugares y los elementos que se deben tomar en consideración en la labor de monitoreo, permite sensibilizar a los equipos de visita y enriquecer la perspectiva del MNP para que pueda responder mejor a las necesidades específicas de las personas con discapacidad mental privadas de libertad.

Reino Unido: integrar la perspectiva de los y las usuarios/as en el monitoreo

En el Reino Unido, varias instituciones que forman parte del MNP tienen como mandato específico monitorear los establecimientos de salud. La Comisión escocesa por el bienestar mental (*Mental Welfare Commission for Scotland*) es una de ellas. Esta Comisión integra en su equipo la experiencia de antiguos/as usuarios/as de servicios.

En 2015, se creó en el seno de la Comisión un departamento específico compuesto por tres personas, incluidos un antiguo usuario y una antigua auxiliar. Su función es ser miembros plenos de los equipos de visita. Durante las visitas se concentran en las entrevistas con las y los pacientes y el personal sanitario y participan también en la redacción de los informes. Asimismo, se reúnen periódicamente con asociaciones de usuarios/as para presentar a la Comisión, consultarles sobre temas que permiten orientar mejor el trabajo de la Comisión y facilitar los contactos entre los diferentes grupos de usuarios/as en Escocia.

Relaciones con el personal

Establecer una relación constructiva con la dirección y el personal de las instituciones visitadas es un punto de partida esencial y, por lo tanto, los MNP deben adoptar un enfoque comprensivo y constructivo, partiendo de la idea de que existe una voluntad por parte del personal de mejorar la calidad del servicio y de la atención.

Ya hemos mencionado que puede resultar difícil para los MNP dirigirse al personal sanitario que tiene dificultades para comprender su objetivo y su mandato como institución de prevención de la tortura y otros malos tratos. En algunos casos, sin embargo, se mencionó que el personal se muestra receptivo a la idea de compartir sus dudas y las restricciones asociadas a las condiciones de trabajo diario. El mandato de monitoreo y los objetivos de las visitas deben ser explicados claramente para que el personal perciba la mirada externa del MNP como una contribución para el mejor funcionamiento del establecimiento, incluidas las condiciones del personal, que son uno de los aspectos que el MNP deberá

observar. En numerosos casos, los MNP constataron que el uso de métodos que atentan contra la integridad de las personas es, en parte, consecuencia de la insuficiencia de personal y la falta de una formación adecuada.

“El equipo de monitoreo ha encontrado equipos que se preocupan por los derechos de las/los pacientes, que se preguntan acerca del trato adecuado y la cuestión del fundamento del uso del aislamiento. Están abiertos a una reflexión sobre sus prácticas pero no tienen tiempo y han asimilado estas prácticas como algo natural. Son capaces de decir, sin embargo, que al principio les chocaban estas prácticas y que ahora ya no se lo plantean.”

Anne Lecourbe, MNP, Francia

Entrevistas en privado con los/las usuarios

Con respecto a las entrevistas en privado con las personas internadas en instituciones, los MNP destacaron la importancia de entrevistar a un número elevado de personas, así como de tomar todas las precauciones necesarias para mantener su anonimato con el fin de mitigar el riesgo de represalias. Es importante, no obstante, que los MNP definan, en el marco de cada visita y en vista de las características específicas del establecimiento, algunos criterios de selección para las entrevistas individuales a los y las usuarios de servicios psiquiátricos. Durante el Simposio, los MNP identificaron, basándose en sus prácticas respectivas, los siguientes criterios de selección: entrevistar a personas que desean ver al MNP, pero también a aquellas que acaban de ser ingresadas en la institución, las que la abandonarán próximamente, las que están aisladas o lo han estado, así como las personas en situación de vulnerabilidad (por ejemplo niños/as o personas mayores).

Entrevistar a usuarios/as bajo contención física plantea cuestiones de carácter ético. En efecto, estas personas se encuentran en una situación particularmente vulnerable y degradante y la llegada a su habitación de una persona desconocida puede ser experimentada como una humillación adicional. El CPT compartió su experiencia al respecto y destacó la importancia de entrevistar a estas personas,

si daban su consentimiento, porque el objetivo de la entrevista es obtener información susceptible de mejorar sus condiciones y limitar, e incluso eliminar, el empleo de estos métodos. Una práctica que se puso de relieve, y que tiene por objeto evitar una exposición excesiva y abordar la susceptibilidad de las personas bajo medidas de contención a las que se entrevista, consiste en efectuar las entrevistas a solas. Se trata de una configuración a la que no está acostumbrada la persona y que no le recuerda sus contactos habituales con el/la médico/a y el personal sanitario.

Para garantizar la dignidad de los y las usuarias, la experiencia demuestra que es fundamental que los MNP formen de manera adecuada a sus miembros y a su personal sobre cómo entrevistar en privado a las personas con discapacidad mental. Un enfoque abierto, que no cuestione la palabra de la persona, es crucial. En Serbia, la unidad del MNP que opera dentro de la Defensoría del Pueblo es un ejemplo de buena práctica ya que su personal ha recibido directamente una formación sobre los aspectos específicos del monitoreo de instituciones en las que se encuentran personas con discapacidad. Estas formaciones han sido impartidas por organizaciones de la sociedad civil (en particular la ONG Mental Disability Rights Initiative) especializadas en la materia y que forman parte de la estructura del MNP.

Finalmente, en las entrevistas individuales, siempre se debe tener en cuenta y respetar un principio fundamental del mandato de los órganos de monitoreo: el de “no hacer daño”. En este sentido, es esencial que los MNP se muestren vigilantes y siempre sean transparentes en cuanto al objetivo de sus visitas y los límites de su mandato para no crear falsas expectativas con respecto a las soluciones que podrían aportar a la situación individual de cada persona.

Conclusión

Casi en todas partes del mundo, las personas con discapacidad mental pueden ser internadas en una institución, de forma voluntaria o involuntaria, sobre la base de criterios que incluyen el “trastorno mental” (existente o aparente), el “riesgo” que la persona representa para ella misma u otras personas y la “necesidad terapéutica”. En estas instituciones, corren el riesgo de ser sometidas a malos tratos, que, en algunos casos, pueden constituir formas de tortura. A pesar de ciertos avances, tanto en el plano normativo como en la práctica, la institucionalización de personas con discapacidad afecta todavía, a más o menos largo plazo según los contextos, a miles de personas, en detrimento de alternativas que favorecerían su (re)inserción en la sociedad por medio de servicios proporcionados en la comunidad.

El Simposio permitió tratar, entre representantes de órganos de monitoreo y otros y otras expertas internacionales, cuestiones fundamentales vinculadas a la privación de la libertad como tal, así como el tratamiento y las condiciones a las que son sometidas las personas con discapacidad mental durante su institucionalización. Los y las participantes hicieron hincapié en la necesidad de romper con un enfoque principalmente médico de la discapacidad, de conformidad con el espíritu de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esto implica reconocer que las personas con discapacidad mental son sujetos plenos de derechos que deben ser apoyadas, cuando sea necesario, para ejercer sus derechos de manera eficaz, incluyendo su derecho a vivir de forma autónoma en la comunidad.

Asimismo, se mencionó que las políticas públicas vinculadas a la cuestión del tratamiento involuntario deben basarse, no en las situaciones excepcionales de crisis, que pueden exigir obviar el consentimiento de la persona en caso de riesgo inminente para su vida o la de otras personas, sino en el resto de situaciones no urgentes y mayoritarias, en las que la obtención del consentimiento siempre debe prevalecer.

Para realizar el cambio de paradigma que deriva de la Convención, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud destacó la importancia de desarrollar una red de psiquiatras dispuestos/as a debatir las prácticas actuales y ponerlas en tela de juicio cuando constituyan malos tratos o tortura, con el fin de proteger mejor los derechos de las personas con discapacidad mental.

Los órganos de monitoreo, y en particular los MNP, tienen que desempeñar un papel central en la protección de los derechos de las personas privadas de libertad en instituciones psiquiátricas, un papel de monitoreo que ejercen cada vez más en diferentes regiones del mundo. Su mandato de prevención en virtud del OPCAT, que les garantiza un acceso privilegiado a la totalidad de los lugares - públicos y privados - de privación de libertad (en el sentido amplio de la definición contenida en el artículo 4 del OPCAT), les sitúa en una posición única para documentar la realidad de la reclusión y cuestionarla con miras a mejorar las prácticas.

A pesar de la diversidad de los contextos sociales, políticos y culturales en los que operan los MNP, y de prácticas divergentes relativas a la atención proporcionada a las personas con discapacidad mental, estos órganos se enfrentan a retos similares a la hora de monitorear instituciones psiquiátricas, tanto en lo que atañe a las cuestiones de fondo como en lo relativo a la metodología que se debe adoptar antes, durante y después de las visitas.

Teniendo en cuenta las distintas normas internacionales en materia de internamiento y tratamiento involuntarios de las personas con discapacidad mental, lo que dificulta su implementación, el principio rector de los MNP debería ser la no discriminación. Este principio incluye el reconocimiento del cambio de paradigma que presupone la capacidad de la persona de tomar decisiones de forma autónoma, es decir, la transición de un sistema de sustitución en la toma de decisiones a un sistema de apoyo en la toma de decisiones.

Como resultado del Simposio, se concluyó que los MNP (y otros órganos de monitoreo) deberían considerar las cuestiones siguientes para contribuir a la protección de personas con discapacidad mental y favorecer las alternativas a la institucionalización en beneficio de la vida en la comunidad:

- Verificar que el tratamiento siempre es individualizado y cuestionar prácticas (como el aislamiento y la contención física o química) que pueden constituir tortura o malos tratos;
- Garantizar la multidisciplinariedad de los equipos de visita mediante la presencia de especialistas de la salud y también de no especialistas, con el fin de beneficiarse al mismo tiempo de los conocimientos médicos y la diversidad de puntos de vista con respecto a los métodos observados en materia de tratamiento;
- Integrar la perspectiva de antiguos/as usuarios/as en la labor del MNP (como miembros del equipo o como expertos/as externos/as);
- Adoptar un enfoque constructivo con el personal de la institución visitada y dedicarles suficiente tiempo para explicar el objetivo de la visita con miras a una mejor comprensión del mandato del MNP;
- Formar y sensibilizar a los equipos de los MNP sobre la cuestión de la discapacidad mental para contribuir a una mejor comprensión de las necesidades específicas de las personas con discapacidad mental y una actitud abierta y respetuosa hacia las vivencias de estas personas durante las entrevistas en privado. El principio de “no hacer daño” se deberá aplicar en todo momento.

Como subrayaron muchos MNP presentes en el Simposio, su mandato no se limita a las visitas y a la verificación de las condiciones materiales del lugar (un enfoque bien intencionado pero que, en ciertos casos, contribuye a la renovación o creación de nuevas infraestructuras que perpetúan la práctica de la institucionalización). Su función es la de un órgano que debe cuestionar, si procede, las prácticas pero también la legislación y los reglamentos, incluido mediante el control de que todas las garantías sean respetadas para prevenir las detenciones arbitrarias y que las personas sean informadas debidamente de sus derechos. En caso de detención arbitraria, la función de los MNP incluye cuestionar la decisión de privación de libertad. Asimismo, los MNP deben analizar en su conjunto el funcionamiento y la cultura de la institución, identificar las causas profundas de los malos tratos y proponer, por medio de un diálogo constructivo con las autoridades, soluciones para prevenir nuevos abusos.

Finalmente, para luchar contra la discriminación hacia las personas con discapacidad mental y prevenir su institucionalización

prolongada, es crucial que la labor de monitoreo se acompañe de acciones de sensibilización sobre los derechos de estas personas, dirigidas tanto a sus familias como a la sociedad en su conjunto.

Anexo I: Programa

Martes, 6 de septiembre 2016

Objetivos de la parte 1 del Simposio:

- Explorar los factores y las situaciones de riesgo que contribuyen a abusos y malos tratos de personas privadas de libertad en instituciones psiquiátricas y examinar cómo responder.
- Examinar los estándares aplicables a las instituciones psiquiátricas e identificar estrategias para los MNP, en aras de abordar los desafíos relacionados con la implementación de estas normas en la práctica.
- Facilitar una interacción entre MNP y otros actores clave para compartir buenas prácticas y fortalecer la cooperación.

Hora	Sesión
8:30 – 9:00	Registro y café de bienvenida
9:00 – 9:30	Sesión de apertura <ul style="list-style-type: none">• Palabras de bienvenida <i>Mark Thomson, Secretario General, APT</i>• Objetivos, alcance y metodología del Simposio <i>Isabelle Heyer, APT</i>• “Tour de table” (presentación de cada participante)

9:30 – 11:00

Sesión 1 – Privación de libertad en instituciones psiquiátricas: perspectivas internacionales

- La perspectiva del SPT sobre la privación de libertad en instituciones psiquiátricas

Catherine Paulet, Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura (8 min.)

- La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad y el derecho a la libertad y seguridad

Silvia Quan, Vice-Présidente, Vicepresidente, Comité de los derechos de las personas con discapacidad (8 min.)

Discusión moderada: todos/as los/las participantes (-1h.)

Moderadora: *Barbara Bernath, APT*

11:00 – 11:30

Pausa café

11:30 – 13:00

Sesión 2 – El tratamiento involuntario

- El derecho a la capacidad jurídica en el contexto de instituciones psiquiátricas

Facundo Chávez, Asesor en derechos humanos y discapacidad, OACNUDH (8 min.)

- El principio del consentimiento libre e informado a un tratamiento: una perspectiva desde la práctica médica

Dainius Puras, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud (8 min.)

- Derechos y acceso a recursos efectivos para una protección eficaz contra tratamientos sin consentimiento

Hegge Orefellen, Experta, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (8 min.)

Discusión moderada: todos/as los/las participantes (-1h.)

Moderadora: *Isabelle Heyer, APT*

13:00 – 14:15

Almuerzo

14:15 – 15:45

Sesión 3 – Aislamiento y medios de contención

- La experiencia del CPT en el monitoreo de instituciones psiquiátricas: desafíos actuales en relación con el uso del aislamiento y de medios de contención en Europa

Timothy Harding, Experto, CPT (8 min.)

- La experiencia y perspectiva del MNP francés sobre el aislamiento y los medios de contención

Anne Lecourbe, Inspectora, CGLPL, Francia (8 min.)

- Perspectivas de Ghana, India e Indonesia sobre el uso de medios de contención en instituciones psiquiátricas

Shantha Barriga, Directora, Derechos humanos y discapacidad, Human Rights Watch (8 min.)

Discusión moderada: todos/as los/las participantes (-1h.)

Moderador: *Jean-Sébastien Blanc, APT*

15:45 – 16:15

Pausa café

16:15 – 17:45

Sesión 4 – Respetar la dignidad y el derecho a la privacidad

- Dignidad y privacidad de personas en instituciones psiquiátricas: una perspectiva desde la sociedad civil

Oliver Lewis, Director Ejecutivo, Mental Disability Advocacy Center (8 min.)

- Privacidad y dignidad en un hospital psiquiátrico

Graham Morgan, Oficial encargado de la participación de usuarios (Experiencia vivida), Mental Welfare Commission for Scotland (8 min.)

	<ul style="list-style-type: none"> • La situación de personas en conflicto con la ley en instituciones psiquiátricas: la experiencia del MNP de Costa Rica <i>Lorna Elizondo, Trabajadora social, MNP, Costa Rica (8 min.)</i> <p>Discusión moderada: todos/as los/las participantes (-1h.) Moderadora: <i>Sylvia Dias, APT</i></p>
17:45 - 18:00	Cierre de la reunión - <i>Isabelle Heyer, APT</i>
18:30	Recepción en la APT

Miércoles, 7 de septiembre 2016 (mañana)

Hora	Sesión
8:30 - 9:00	Café de bienvenida
9:00 - 10:30	<p>Sesión 5 - Evaluar el tratamiento y el riesgo de sobremedicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • La perspectiva y experiencia del MNP de Georgia <i>Nika Kvaratskhelia, MNP, Georgia (8 min.)</i> • Desafíos relacionados con la evaluación del tratamiento y el riesgo de sobremedicación: perspectivas del MNP de Mauricio <i>Vijay Ramanjooloo, Comisionado, Comisión Nacional de Derechos Humanos (MNP), Mauricio (8 min.)</i> <p>Discusión moderada: todos/as los/las participantes (-1h.) Moderadora: <i>Veronica Filippeschi, APT</i></p>
10:30- 11:00	Pausa café

11:00 - 12:30

Sesión 6 - Desinstitucionalización y cuidado en la comunidad: desafíos y buenas prácticas

- El papel de las organizaciones de la sociedad civil en la labor de los MNP frente a la cuestión de la desinstitucionalización

Dragana Ćirić, Directora, Disability Rights International/MDRI-S (8 min.)

- Alternativas a la institucionalización en instituciones psiquiátricas: la experiencia del MNP paraguayo

Carlos Portillo, Comisionado, MNP, Paraguay (8 min.)

Discusión moderada: todos/as los/las participantes (-1h.)

Moderadora: *Barbara Bernath, APT*

12:30 - 12:45

Wrap-up y cierre de la primera parte del Simposio - *Isabelle Heyer, APT*

12:45 - 14:00

Almuerzo en la Unión Interparlamentaria

Miércoles, 7 de septiembre 2016 (tarde)¹⁶

Objetivos de la segunda parte del Simposio:

- Debatir entre pares sobre los principales desafíos que enfrentan los MNP en su mandato preventivo en relación con las cuestiones debatidas durante la primera parte del Simposio.
- Intercambiar buenas prácticas en relación con los métodos de trabajo de los MNP, en aras de desarrollar su capacidad en el monitoreo de instituciones psiquiátricas.
- Fortalecer la cooperación entre los MNP y con el SPT.

¹⁶ Esta última tarde será dedicada a una reunión de trabajo para representantes de Mecanismos Nacionales de Prevención (MNP) y el Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura (SPT).

Hora	Sesión
14:00 – 15:30	<p>Sesión 1 – Estándares aplicables en el monitoreo de instituciones psiquiátricas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feedback de los MNP sobre las cuestiones discutidas (o que quedan sin abordar) durante la primera parte del Simposio (30 min.) • Estrategias de MNP para abordar los distintos estándares existentes en la práctica (1h.) <p>Discusión moderada: todos/as los/las participantes</p> <p>Moderadora: <i>Isabelle Heyer, APT</i></p>
15:30 – 16:00	Pausa café
16:00 – 17:30	<p>Sesión 2 – Desafíos metodológicos</p> <p>En esta última sesión se abordarán distintas cuestiones metodológicas, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composición del equipo de visita: asegurar la multidisciplinariedad, las cualificaciones de las/los monitores y la misma comprensión del monitoreo; papel de expertos/as externos/as en el equipo de visita, incl. integración de “expertos/as por experiencia” • Cuestiones relativas al personal del lugar visitado: número, cualificaciones, tipo de formación, cómo establecer una relación de confianza con el personal • Entrevistas en privado con personas detenidas en instituciones psiquiátricas <p>Discusión moderada: todos/as los/las participantes (1h30)</p> <p>Moderador: <i>Jean-Sébastien Blanc, APT</i></p>
17:30 – 18:00	<p>Wrap up y cierre del Simposio</p> <p><i>Isabelle Heyer, APT</i></p> <p><i>Mark Thomson, Secretario General, APT</i></p>

Anexo II: Lista de participantes

Mecanismos nacionales de prevención (MNP)

	Nombre	Título	Institución y País
1.	Sr. Nurlan ADBYRAIMOV	Experto	Centro Nacional sobre la Prevención de la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, Kirguistán
2.	Sra. Ariadna CHERONI	Psicóloga	Mecanismo Nacional de Prevención, Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, Uruguay
3.	Sr. Lucio COSTA	Miembro	Mecanismo Nacional de Prevención y Combate a la Tortura, Brasil
4.	Sr. Hamet Saloum DIAKHATE	Observador externo	Observatoire National des Lieux de Privation de Liberté -ONLPL, Senegal
5.	Sra. Hamida DRIDI	Presidente	Instance Nationale pour la Prévention de la Torture - INPT, Túnez
6.	Sra. Lorna ELIZONDO CUBERO	Licenciada en trabajo social	Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura - Defensoría de los Habitantes, Costa Rica
7.	Sr. Thomas HUNECKE	Inspector (Ley anti-Tortura)	Mecanismo Nacional de Prevención - Defensoría del Pueblo, Nueva Zelanda

8.	Sra. Sandra IMHOF	Secretaria	Commission Nationale pour la Prévention de la Torture - CNPT, Suiza
9.	Sr. Vladimir JOVIC	Miembro	Mecanismo Nacional de Prevención - Protector of Citizens, Serbia
10.	Sr. Nika KVARATSKHELIA	Presidente del Departamento de Prevención y Monitoreo	Mecanismo Nacional de Prevención - Public Defender of Georgia, Georgia
11.	Sra. Anne LECOURBE	Inspectora	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté - CGLPL, Francia
12.	Sr. Colin McKAY	Director Ejecutivo	Mental Welfare Commission for Scotland, (parte del MNP), Reino Unido
13.	Sr. Graham MORGAN	Oficial encargado de la participación de usuarios/as (Experiencia vivida)	Mental Welfare Commission for Scotland (parte del MNP), Reino Unido
14.	Sr. Carlos PORTILLO	Comisionado	Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, Paraguay
15.	Sr. Vijay RAMANJOOLOO	Comisionado	Mecanismo Nacional de Prevención - Comisión Nacional de Derechos Humanos, Mauricio
16.	Sra. lisa SUHONEN	Asesora jurídica y coordinadora OPCAT	Mecanismo Nacional de Prevención - Ombudsman parlamentario, Finlandia

Expertos/as internacionales

1.	Sra. Shantha BARRIGA	Directora, Derechos de Personas con Discapacidad	Human Rights Watch, Bruselas
2.	Sr. Facundo CHÁVEZ PENILLAS	Asesor en derechos humanos y discapacidad	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), Ginebra
3.	Sra. Dragana ĆIRIĆ	Directora Ejecutiva	Oficina regional para Europa, Disability Rights International (DRI)/Mental Disability Rights Initiative (MDRI-S), Serbia
4.	Sra. Lucía DE LA SIERRA	Oficial en Derechos Humanos	Mandato del RE sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental -Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), Ginebra
5.	Sr. Timothy HARDING	Experto	Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT)
6.	Sr. Oliver LEWIS	Director Ejecutivo	Mental Disability Advocacy Center (MDAC), Reino Unido
7.	Sra. Cristina MICHELS	Oficial de Derechos Humanos	Mandato del RE sobre los derechos de las personas con discapacidad -Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), Ginebra

8.	Sra. Hege Orefellen	Miembro	World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP)
9.	Sra. Catherine PAULET	Miembro	Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura (SPT)
10.	Sr. Dainius PURAS	Relator especial	Relator especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental
11.	Sra. Silvia QUAN	Vicepresidente	Comité de la Naciones Unidas de los derechos de las personas con discapacidad (CRPD)
12.	Sra. Emilie THAGE	Oficial de derechos humanos	Secretariado del SPT, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACNUDH), Ginebra

Asociación para la Prevención de la Tortura

	Nombre	Título
1.	Sra. Barbara BERNATH	Jefa de Operaciones
2.	Sr. Jean-Sébastien BLANC	Asesor en materia de detención
3.	Sra. Sylvia DIAS	Delegada Nacional (Brasil)
4.	Sra. Veronica FILIPPESCHI	Asesora sobre el OPCAT
5.	Sra. Isabelle HEYER	Responsable del Programa Américas
6.	Sra. Caroline MOUCHET	Pasante
7.	Sr. Mark THOMSON	Secretario General

Anexo III: Documento introductorio

Monitoreo de instituciones psiquiátricas 3^{er} Simposio Jean-Jacques Gautier para MNP

6 y 7 septiembre 2016, Ginebra, Suiza

Resumen

*“Si bien en un principio la prohibición de la tortura puede haberse aplicado sobre todo en contextos como el interrogatorio, castigo o intimidación de detenidos, la comunidad internacional ha empezado a ser consciente de que la tortura también puede darse en otros contextos.”*¹⁷ Las instituciones psiquiátricas están incluidas en estos “otros contextos”, en los cuales las personas se encuentran bajo el riesgo de sufrir abusos que pueden llegar a constituir tortura u otras formas de malos tratos. La privación de libertad involuntaria y la exposición específica a dichos abusos en estas instituciones han recibido una atención creciente en la última década, en particular en el marco de la adopción de la Convención de las Naciones

Objetivos

Parte 1: MNP y otros expertos/as

- Explorar los factores de riesgo y las situaciones que contribuyen a los abusos y malos tratos de personas detenidas en instituciones psiquiátricas.
- Examinar los estándares aplicables a las instituciones psiquiátricas e identificar estrategias de los MNP para enfrentar los desafíos relativos a su implementación.
- Facilitar una interacción entre los MNP y otros actores clave para compartir e identificar buenas prácticas y fortalecer la cooperación.

¹⁷ Ver, *Informe del Relator especial de las Naciones Unidas sobre la Tortura, Juan E. Méndez*, Doc. ONU, A/HRC/22/53, 1^o de febrero 2013.

Objetivos

Parte 2: MNP y SPT

- Debatir entre pares los principales desafíos encontrados por los MNP en el ejercicio de su mandato preventivo, en relación con los puntos abordados en la parte 1.
- Intercambiar sobre métodos de trabajo para desarrollar las competencias de los MNP en el monitoreo de instituciones psiquiátricas.
- Fortalecer la cooperación entre los distintos MNP y con el SPT.

Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, que estipula que “*la existencia de una discapacidad nunca justificará una privación de libertad*”. (art. 14)

Los Mecanismos Nacionales de Prevención (MNP), establecidos en virtud del Protocolo facultativo de la Convención contra la Tortura (OPCAT), tienen el mandato de monitorear todos los lugares de privación de libertad, incluyendo las instituciones psiquiátricas, públicas o privadas, en las que existan personas detenidas y sometidas a tratamiento involuntario.

Este Simposio se enfocará en las instituciones psiquiátricas, entendidas como cualquier establecimiento público o privado que brinda un tratamiento médico a personas con una discapacidad mental o intelectual (hospitales psiquiátricos, unidades psiquiátricas en hospitales generales, unidades/hospitales cerrados o cualquier otro lugar que, *de facto*, pueda considerarse como una institución psiquiátrica).

Organización y desarrollo del Simposio

Esta edición es la tercera de una serie de Simposios conocidos como “**Simposios Jean-Jacques Gautier para los MNP**”. Estos Simposios son encuentros internacionales que facilitan el intercambio de conocimientos y prácticas sobre grupos en situación de vulnerabilidad en detención. En 2014, el primer simposio se dedicó a las vulnerabilidades de niños y niñas en detención. La segunda edición abordó la situación de personas LGBT privadas de libertad.¹⁸ Esta tercera edición abordará los desafíos relacionados

¹⁸ Los informes del primer y del segundo simposio están disponibles aquí: <http://www.apr.ch/en/jean-jacques-gautier-npm-symposium/>

con la privación de libertad en instituciones psiquiátricas.

Los y las participantes de esta reunión incluirán a quince MNP de todas las regiones del mundo, a representantes de órganos regionales e internacionales de monitoreo (incluyendo el Subcomité de la ONU para la Prevención de la Tortura, SPT) así como otros expertos y expertas internacionales que tengan un conocimiento profundo de la temática. El número limitado de participantes tiene por objeto crear un marco propicio que permita el intercambio y la discusión.

Cada sesión comenzará con algunas presentaciones breves que abordarán problemáticas específicas, seguidas de intercambios entre todos los y las participantes, que permitirán compartir los desafíos y las buenas prácticas. El evento contará con interpretación simultánea de los debates en inglés, francés y español.

Resultados esperados

- Los y las participantes se beneficiarán de una mejor comprensión de las situaciones de riesgo que enfrentan las personas en instituciones psiquiátricas.
- Los MNP habrán identificado estrategias para responder a los desafíos encontrados en el ejercicio de su mandato.
- Los contactos establecidos entre las y los participantes facilitarán colaboraciones futuras.
- Los métodos de trabajo de los MNP podrán adaptarse para enfrentar las dificultades encontradas en instituciones psiquiátricas.
- Se publicará un informe que analice los principales debates del Simposio.

Parte 1 (6 de septiembre y mañana del 7 de septiembre)

El primer día y medio del evento reunirá a participantes con una experticia multidisciplinar y provenientes de diversos ámbitos: representantes de MNP, expertos/as de órganos de monitoreo regionales e internacionales y ONG especializadas en los derechos de las personas con discapacidad.

Esta primera parte tendrá por objetivo explorar los principales factores de riesgo encontrados en instituciones psiquiátricas y

enfatar formas de abordarlos, para identificar estrategias que los MNP y otros órganos de monitoreo puedan llevar a cabo eficazmente en su trabajo diario. Finalmente, este encuentro será la oportunidad para desarrollar o fortalecer la cooperación existente entre los MNP y otros actores.

Parte 2 (7 de septiembre por la tarde)

En la última tarde del Simposio, representantes de MNP y del SPT sostendrán una reunión de trabajo cerrada, con el fin de facilitar la cooperación creciente entre los órganos del OPCAT. Esta reunión se enfocará en un intercambio entre pares, sobre las cuestiones identificadas durante la primera parte del Simposio. Permitirá también que los y las participantes compartan métodos de trabajo y desarrollen sus competencias y estrategias en relación con el papel de los MNP en el monitoreo de instituciones psiquiátricas.

Anexo IV: Referencias útiles

Normas internacionales y regionales

- Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Líneas directrices sobre el derecho a la libertad y seguridad* (art. 14), 2015: www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc (únicamente disponible en inglés).
- Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la Detención Arbitraria, *Principios y Directrices Básicos sobre los Recursos y Procedimientos relacionados con el Derecho de Toda Persona Privada de Libertad a Recurrir ante un Tribunal*, 2015: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Detention/Pages/DraftBasicPrinciples.aspx>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Compilación de estándares internacionales sobre el derecho a la libertad y seguridad de las personas con discapacidad* (Nota para la reunión de expertos/as de 8-9 septiembre de 2015): <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/deprivationofliberty.aspx> (únicamente disponible en inglés).
- Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT), *Normas del CPT* (para las normas relativas a los establecimientos psiquiátricos, ver páginas 52-69): <http://www.cpt.coe.int/lang/esp/esp-standards.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas* (en particular el Principio III.3: Medidas especiales para las personas con discapacidades mentales): <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>

- Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Proyecto de Protocolo a la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos* (aprobado por la Comisión en febrero de 2016 y pendiente de adopción por parte de los Estados de la Unión Africana): http://www.achpr.org/files/news/2016/04/d216/disability_protocol.pdf

Informes y documentos de instituciones y mecanismos intergubernamentales

- Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (SPT), *Enfoque del Subcomité respecto de los derechos de las personas institucionalizadas y bajo tratamiento médico sin consentimiento informado*, Documento de las Naciones Unidas CAT/OP/27/2, 26 de enero de 2016: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/OP/27/2&Lang=en
- Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Documento de las Naciones Unidas A/HRC/22/53, 1 de febrero 2013: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf
- Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA), *Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems*, 2012: <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-persons-mental-health-problems> (disponible en inglés, francés y alemán).

Sitios web de ONG

- Asociación para la prevención de la tortura (APT): www.apr.ch
- Disability Rights International (DRI): www.driadvocacy.org
- Human Rights Watch (HRW): www.hrw.org/topic/disability-rights
- International Disability Alliance (IDA): www.internationaldisabilityalliance.org
- Mental Disability Advocacy Centre (MDAC): <http://mdac.info/en>

- World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP):
www.wnusp.net



association pour la prévention de la torture
asociación para la prevención de la tortura
association for the prevention of torture

Las instituciones psiquiátricas son lugares de privación de libertad según lo dispuesto por el artículo 4 del Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura (OPCAT). Por lo tanto, estas instituciones forman parte del mandato de los órganos de monitoreo de la detención creados en virtud del OPCAT: el Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT) y los Mecanismos Nacionales de Prevención (MNP).

Para examinar los factores de riesgo, las situaciones que pueden contribuir a que las personas privadas de libertad en una institución psiquiátrica sufran abusos, así como los medios para prevenir estos abusos, la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT) organizó el 6 y 7 de septiembre de 2016 el *Simposio Jean-Jacques Gautier sobre el monitoreo de instituciones psiquiátricas*. Este encuentro reunió en Ginebra a expertos/as internacionales y representantes de MNP procedentes de todas las regiones del mundo.

Este Simposio es el tercero de una serie de reuniones organizadas por la APT con el objetivo de facilitar un intercambio de conocimientos y prácticas entre un grupo de MNP y otros/as expertos/as con respecto a las situaciones de vulnerabilidad en detención.

El presente documento constituye el informe final del Simposio. No ofrece actas detalladas de los ricos debates que tuvieron lugar durante los dos días. Su objetivo es poner de manifiesto los retos vinculados al monitoreo de la privación de libertad en instituciones psiquiátricas, así como presentar ciertas áreas de reflexión identificadas en los debates con respecto a la ejecución del mandato preventivo de los MNP.