



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

XV LEGISLATURA

Serie B:
PROPOSICIONES DE LEY

12 de enero de 2024

Núm. 48-1

Pág. 1

PROPOSICIÓN DE LEY

122/000040 Proposición de Ley General de Salud Mental.

Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto.

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(122) Proposición de ley de Grupos Parlamentarios del Congreso.

Autor: Grupo Parlamentario Mixto.

Proposición de Ley General de Salud Mental.

Acuerdo:

Admitir a trámite, trasladar al Gobierno a los efectos del artículo 126 del Reglamento, publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales y notificar al autor de la iniciativa.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 9 de enero de 2024.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, el Grupo Mixto, con la firma de las diputadas y diputado integrantes del mismo pertenecientes al partido Podemos, presenta la siguiente Proposición de Ley General de Salud Mental.

Palacio del Congreso de los Diputados, 19 de diciembre de 2023.—**Lilith Verstrynge Revuelta, Javier Sánchez Serna, Martina Velarde Gómez y Noemí Santana Perera**, Diputados.—**Ione Belarra Urteaga**, Portavoz adjunta del Grupo Parlamentario Mixto.

PROPOSICIÓN DE LEY GENERAL DE SALUD MENTAL

Exposición de motivos

I

Los servicios públicos de salud constituyen uno de los pilares fundamentales del Estado del bienestar. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», de tal forma que la salud mental es parte integral de la salud y el bienestar de las personas.

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

La salud mental de la población se halla especialmente condicionada por determinantes sociales y económicos. Existe evidencia empírica de que las situaciones de desempleo y precariedad laboral son factores que incrementan el riesgo de padecer problemas de salud mental.

Asimismo, el estrés laboral, la desigualdad de género, las dificultades para conciliar la vida personal, familiar y laboral, la ausencia de tiempo de ocio, la aceleración del ritmo de vida, la falta de contacto con la naturaleza o la pérdida de vínculos sociales y comunitarios, entre otros determinantes, son causas o riesgos asociados a la proliferación de problemas de salud mental.

Otros factores culturales, como la difusión de discursos individualistas que ponen el foco en la autoexigencia y en la hiperresponsabilización individual, obviando las causas y estructuras sociales, contribuyen a perfilar una sociedad del cansancio en la que las personas tornan en empresarias de sí mismas, como han diagnosticado algunos filósofos contemporáneos. Se configura así un contexto de malestar social que favorece la prevalencia de problemas de salud mental.

Según la Encuesta Europea de Salud en España 2020, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en nuestro país el 12,74% de la población de 15 y más años presenta sintomatología depresiva de distinta gravedad, siendo la frecuencia de la sintomatología depresiva prácticamente el doble en mujeres que en hombres. Según datos del INE para el primer trimestre de 2020, el suicidio se ha mostrado como la primera causa de muerte externa en la población española. Aunque actualmente no contamos con datos contrastados por organismos oficiales, se estima que la tasa de suicidios se ha incrementado debido a los problemas de salud mental derivados de la pandemia.

La salud mental, como la salud en general, debe ser promovida con políticas públicas integrales que erradiquen la pobreza, la exclusión y las desigualdades sociales y garanticen los derechos sociales y laborales. Sin perjuicio de lo anterior, los poderes públicos también tienen el deber de implementar las actuaciones necesarias para avanzar en la prevención, promoción y atención a la salud mental.

Pero no solo se trata de atenuar los prejuicios de los problemas de salud mental, sino también de eliminar los prejuicios asociados a ellos. Por ende, la presente ley enfatiza tanto la dimensión asistencial como la dimensión promocional para poner fin a la estigmatización y la discriminación de las personas que padecen problemas de salud mental.

La salud mental se define por la OMS como «un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad». En el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, la OMS constató a nivel global la insuficiencia de recursos para ofrecer una respuesta adecuada en materia de salud mental y propuso los siguientes objetivos: reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en materia de la salud mental; proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia

social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta; poner en práctica estrategias de promoción y prevención; y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.

En 2005, la OMS organiza una Conferencia en la Región Europea en la que España y otros 51 países aprueban la Declaración Europea de Salud Mental, que determina las siguientes prioridades: concienciar de la importancia del bienestar mental; rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad de las personas con problemas de salud mental; desarrollar sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes; contar con profesionales competentes en la materia; y reconocer la experiencia y el conocimiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental y sus cuidadores.

La OMS también ha recordado en varias ocasiones que las personas con problemas mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad y que estas situaciones contravienen el acuerdo ratificado por distintos países en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, que en nuestro país se encuentra en vigor desde el 3 de mayo de 2008. Desde entonces, se acepta que todas las personas tienen los mismos derechos y libertades y que hay que proteger los derechos y la dignidad de las personas con diversidad funcional, así como su participación en la vida civil, política, económica, social y cultural de sus países.

En el año 2006, la Convención ya mentada de la Organización de las Naciones Unidas modifica el concepto de «discapacidad» de una visión tradicional de la misma como un concepto estático para proclamar que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. Por lo tanto, en la discapacidad intervienen dos factores: i) número y carácter de las barreras existentes en el entorno de la persona y ii) número y carácter de los apoyos existentes en el entorno de la persona.

Los últimos acuerdos en salud mental se han realizado en la conferencia «Democracia y Salud Mental Comunitaria» que tuvo lugar en el Centro Colaborador de la OMS en Trieste, Italia, en junio de 2018. Allí, expertos y expertas de más de treinta países del campo de la salud mental discutieron y rechazaron el Proyecto de Protocolo Adicional al Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (más conocido como Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina o Convenio de Oviedo), tal como la propuso el Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre la protección de los Derechos Humanos y dignidad de las personas con trastornos mentales respecto al internamiento y tratamiento involuntario por apartarse de las normas emitidas por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con Discapacidad.

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

Avanzar en el cumplimiento de estos y otros objetivos requiere la aprobación de una norma con rango de ley que establezca y garantice los derechos de las personas en materia de salud mental, así como que amplíe y reordene las actuaciones públicas y las estructuras organizativas necesarias para hacer efectivos esos derechos en el marco del Sistema Nacional de Salud.

II

En España, a la luz de las recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, creada en 1983, la legislación y las políticas públicas en el ámbito de la salud mental han experimentado avances significativos, pero desiguales e insuficientes, hacia la construcción de un modelo comunitario y universal de atención y la integración de las personas con trastornos de salud mental.

Con anterioridad a la «Reforma Psiquiátrica» de los años ochenta, que da paso a la desinstitucionalización, la práctica clínica extendida para solucionar los problemas de salud mental y cuidar el bienestar social era la reclusión en instituciones de la persona diagnosticada, alejándola de la comunidad, colocándola en un contexto de total exclusión social y asumiendo su cronicidad.

A pesar del cambio de orientación que supuso la «Reforma Psiquiátrica», las soluciones a los problemas de salud mental se han dirigido de manera prácticamente exclusiva a disminuir los diferentes tipos de sintomatología, fundamentalmente a través de tratamientos farmacológicos, relegando la promoción y la inclusión social y comunitaria a un segundo plano.

En las últimas décadas, el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de las diferentes comunidades autónomas han elaborado estrategias y planes de salud mental. Si bien su implementación ha aportado diversos elementos enriquecedores, los servicios ofrecidos continúan siendo insuficientes, sin que se garanticen plenamente los derechos humanos y libertades fundamentales en el ámbito de la atención brindada a las personas por motivos de salud mental.

Los problemas de salud mental representan el área que ha recibido un menor nivel de resolución en nuestro Sistema Nacional de Salud. Contamos con una atención fragmentada, insuficiente, biologicista y centrada en la reducción sintomatológica. Por otro lado, o bien carecemos de datos epidemiológicos, o bien estos son incompletos, no desagregados y de poca utilidad para valorar la incidencia, la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales.

El estigma aún presente en torno a la cuestión de la salud mental provoca, en primer lugar, que los datos epidemiológicos sean incompletos, lo que dificulta una valoración certera de la incidencia, la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales. Además, esa estigmatización provoca que la persona que sufre no solicite ayuda a tiempo y en el lugar adecuado.

Los problemas de estructura y de recursos humanos son de igual forma importantes. En comparación con los países de nuestro entorno, España cuenta con un menor número de profesionales en los diversos ámbitos: psiquiatría, psicología, neuropsicología, enfermería de salud mental, trabajo social, educación social, terapia ocupacional e integración social. De igual forma, en el sistema sanitario siempre han sido deficitarios los recursos sociales y materiales con los que los equipos de salud mental comunitarios han contado para prestar una atención integral. Los recursos sociales y materiales, así como la estructura de la atención primaria, son claves para proporcionar una atención comunitaria en salud mental de calidad, de carácter integral y para la inclusión social. Para un correcto funcionamiento del sistema y tomando en cuenta la organización descentralizada y compleja de nuestro modelo territorial y competencial, resulta fundamental la coordinación de las distintas estructuras. Además, España es de los países europeos con menor gasto público en salud mental.

Actualmente, la salud mental debe ser considerada una prioridad absoluta. De acuerdo con la previsión de la OMS, aproximadamente el 25% de la población tendrá algún problema de salud mental a lo largo de su vida. Situaciones de incertidumbre vital como la crisis económica, el paro, la precariedad laboral, la exclusión social, la discriminación, el acoso y la violencia generan en las personas riesgos para su salud mental. Por tanto, son precisas políticas e intervenciones que aborden los determinantes sociales de la salud mental.

Además, es necesario tener muy presente el incremento de la esperanza de vida y el aumento a nivel sociológico de las estructuras monoparentales o monomarentales que plantean retos para la salud mental, así como la violencia contra las mujeres, el maltrato infantil y a las personas mayores. Todos estos factores, que tienen consecuencias negativas sobre la salud mental de las personas y que aumentan preocupantemente en los últimos tiempos, hacen urgente la reconsideración de nuestros servicios públicos de salud mental para incrementar su eficacia y utilidad.

Para abordar las diferentes problemáticas existentes en torno a la salud mental es necesario asegurar la presencia de especialistas en los diferentes ámbitos de intervención, de manera que se asegure una prevención e intervención específicas y adaptadas a las necesidades de cada perfil.

En este contexto de debilidad de las prestaciones para la salud mental en todas sus dimensiones, la pandemia de la COVID-19 ha añadido nuevos riesgos y desafíos derivados de las medidas necesarias que se han implementado para afrontar la crisis sanitaria, tales como el confinamiento, el distanciamiento social o el uso de mascarillas. Además de las consiguientes dificultades para acceder a los servicios de salud mental, la situación de pandemia ha supuesto la privación de los beneficios de la socialización, la frustración de las expectativas personales, la proliferación del miedo y la incertidumbre por la salud propia o familiar y el incremento de problemas económicos y laborales, entre otros perjuicios.

Como consecuencia de todo ello, se han incrementado los casos de personas con ansiedad, depresión, somatizaciones, estrés, duelos patológicos, evolución rápida desfavorable de las demencias, incremento de problemas de conducta alimentaria, abusos de alcohol y otras adicciones y trastornos adaptativos, amén de otros casos que podrán surgir a medio plazo, asociados a las vivencias extremas de este período, como trastornos de estrés postraumáticos y mayor riesgo de conductas suicidas y autolíticas.

En este sentido, cabe mencionar los efectos que el confinamiento y la pandemia tienen sobre la población infanto-juvenil. Según el INJUVE, problemas de salud mental como ansiedad y depresión aumentaron un 32 % en la población juvenil durante 2020. La fundación ANAR afirma que las ideas e intentos de suicidio infanto-juvenil han aumentado un 1,9 %. Otro estudio de UNICEF, de 2020, pone de manifiesto cómo un 27 % de adolescentes y jóvenes consultados tras el confinamiento sentía ansiedad; el 15 %, depresión; el 46 %, menos motivación para realizar actividades que normalmente disfrutaba; y el 73 % mostraba la necesidad de pedir ayuda en relación con su bienestar físico y mental, aunque el 40 % no la haya solicitado.

Esto evidencia la necesidad de una intervención multidisciplinar y en red desde la atención primaria que permita trazar un plan de choque para paliar los efectos a medio y largo plazo que la pandemia tiene en la infancia y la adolescencia.

El aumento del número de personas con problemas de salud mental ha sido constatado por diversos estudios científicos. Una de las investigaciones más destacadas, publicada en *Journal of Psychiatry Research* y liderada por el Dr. Jude Mary Cénat, realizó un metaanálisis con datos de 55 estudios internacionales y más de 190.000 participantes, concluyendo que la prevalencia del insomnio fue del 24 %; la del trastorno por estrés postraumático, del 22 %; la depresión alcanzó un 16 %; y la ansiedad, un 15 %. Estos tres últimos parámetros fueron, respectivamente, cinco, cuatro y tres veces más frecuentes de lo que habitualmente registra la OMS.

En los estudios de la OMS, se aprecia que la mayoría de los países, el 89 %, integra la salud mental en sus planes nacionales de respuesta a la COVID-19, si bien la financiación resulta claramente insuficiente. Por ello, la OMS, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental 2020 (10 de octubre), solicitó a la población que requiriese a los distintos países una mayor inversión para solucionar los problemas de salud mental.

Por tanto, la crisis de la COVID-19 y las medidas adoptadas para contener la expansión de la pandemia han provocado un impacto adicional en el bienestar emocional y la salud mental de la población, siendo necesario reforzar el marco asistencial y adoptar acciones específicas de atención a la salud mental.

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

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

Asimismo, es necesario regular qué profesionales van a intervenir y desde qué ámbitos, contemplando competencias y atribuciones, de manera que la respuesta sea eficaz, científica, multidisciplinar y completa.

Como se ha desarrollado a lo largo de la exposición de motivos, el estigma, el desconocimiento hacia dónde dirigirse y la falta de recursos públicos provoca que buena parte de la población con problemas de salud mental no solicite ayuda.

III

La Constitución española de 1978 reconoce en su artículo 43, apartado 1, el derecho a la protección a la salud, y en su apartado 2 se incluye un mandato a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Sin embargo, a pesar de ser claro el texto de la ley fundamental, el concepto de protección no se ha interpretado de forma adecuada y nuestro sistema sanitario se ha dirigido única y fundamentalmente a ofertar servicios sanitarios frente a las enfermedades. Igual que en otras áreas de la sanidad, el campo de la prevención ha estado totalmente abandonado en la salud mental.

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

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 18.8, atribuye a las Administraciones Públicas el deber de promover y mejorar la salud mental. Además, en su artículo 20, la Ley General de Sanidad incorpora principios rectores como la plena integración de la salud mental en el sistema sanitario general, la inclusión de la salud mental en el ámbito comunitario y la atención integral y coordinada.

Con posterioridad, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en sus artículos 12 y 13, incluyó la atención a la salud mental como parte integrante de las prestaciones de atención primaria y atención especializada, desarrolladas y concretadas en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Uno de los principales problemas que presenta la atención a la salud mental en nuestro país es la inaccesibilidad real y percibida que trae causa de la ausencia de profesionales suficientes en el sistema sanitario público. Se genera así una desigualdad por motivos económicos en el acceso a la atención a la salud mental, ya que las personas con más recursos tienen la capacidad de acudir a los servicios que ofrece el sector privado. Por ello, la presente ley establece nuevas garantías de tiempo y ratios de profesionales en aras de facilitar y extender el acceso a la atención pública a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, las nuevas realidades laborales requieren medidas específicas para la protección de salud mental de las personas trabajadoras. No en vano, el artículo 88 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ha reconocido el derecho a la desconexión digital en el ámbito laboral, concretado para las personas que trabajan a distancia, particularmente en teletrabajo, en el artículo 18 de la Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia.

Al objeto de reforzar la efectividad del derecho a la salud en el ámbito específico de las relaciones laborales, la presente ley opta por atribuir al empresario la protección de la salud mental de las personas trabajadoras como deber de prevención de los riesgos derivados del trabajo.

Esta ley también pretende superar problemas persistentes en la atención a la salud mental. Aun cuando la reforma psiquiátrica abogó por la comunitarización de la atención a la salud mental y la supresión de las prácticas institucionales, lo cierto es que se requiere un nuevo impulso legislativo para restringir las medidas de control y coerción y garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos humanos.

La atención a la salud mental no puede reducirse a una dimensión individual. Por ello, la presente ley se propone reforzar las actuaciones públicas necesarias para potenciar la coordinación y la dimensión colectiva de la atención a la salud mental, que engarza con los enfoques y dispositivos de salud pública y las diferentes instancias desde las que se interviene en la promoción de la salud mental.

En el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019, publicado en 2021 por el Ministerio de Sanidad, se indica la necesidad de seguir trabajando para contar con indicadores válidos en la atención a la salud mental que permitan una mejor comprensión de las necesidades, perfiles sociodemográficos de las personas que sufren trastorno mental y los recursos existentes a fin de fomentar el bienestar mental. En esta línea, un estudio realizado por COGAM/FELGTB en 2012 mostraba que entre las y los adolescentes lesbianas, gais y bisexuales que han sufrido acoso escolar, el 43% llegó a desarrollar ideas de suicidio, manteniéndose esa ideación en el 56% de ellos y de manera persistente en el 27%. Asimismo, este informe muestra que el 17% de adolescentes lesbianas, gais y bisexuales que respondieron había intentado suicidarse en una o varias ocasiones. Por tanto, se hace necesario redoblar los esfuerzos en la información estadística y las labores de vigilancia.

La prevención del suicidio es otra de las prioridades que aborda la presente ley. En los problemas mentales hay factores de riesgo asociados al suicidio, la protección de las personas con elevado riesgo y el reconocimiento y tratamientos precoces de conductas suicidas.

Combatir los efectos de la estigmatización, la discriminación y otras violaciones de derechos humanos relacionados con la salud es también un cometido de esta ley, que deberá crear los mecanismos pertinentes para su detección, denuncia y reparación.

En consonancia con las nuevas funciones, esta ley amplía las estructuras administrativas encargadas de velar por la protección de salud mental de la población, creando la Defensoría de la persona con problemas de salud mental o el Centro Estatal de Salud Mental.

IV

Esta ley se estructura en un título preliminar, tres títulos, una disposición adicional y seis disposiciones finales. En su redacción se han tenido en cuenta los principios de la buena regulación, incorporando los preceptos estrictamente necesarios para hacer frente a las necesidades en el ámbito de la salud mental.

El Título preliminar recoge el objeto, el ámbito de ampliación, los principios y las definiciones.

El Título I se ocupa de los derechos de las personas con problemas de salud mental, estructurados en cuatro capítulos en virtud de la atención especializada que requieren determinados colectivos vulnerables.

El Título II se encarga de las actuaciones públicas en el ámbito de la salud mental. Se divide en cinco capítulos, que hacen referencia, respectivamente, a la atención a la salud mental y sus garantías, las funciones de promoción e investigación, la prevención del suicidio, la revisión de las prácticas de coerción y las medidas específicas para afrontar la crisis de la COVID-19.

El Título III recoge las estructuras de gobernanza y herramientas de gestión necesarias para garantizar los derechos y acometer las actuaciones públicas que requiere la atención a la salud mental.

En las disposiciones finales destacan la modificación de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, al objeto de incorporar la protección de la salud mental en el deber de prevención del empresario, y la modificación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, a fin de reforzar la atención a la salud mental en su dimensión colectiva.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

Constituye el objeto de la presente ley garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y regular el acceso a una atención sanitaria y social de calidad, así como establecer las correspondientes actuaciones de los poderes públicos con el fin de lograr la plena participación e inclusión en la sociedad sin estigmatizaciones ni discriminaciones, respetando los derechos humanos.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

1. Los poderes públicos garantizarán el acceso universal a los servicios de salud mental recogidos en esta ley. La protección integral a la salud mental será promovida por el Sistema Nacional de Salud.

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

3. Las medidas de prevención, promoción y atención de la salud mental serán de acceso universal. Ninguna persona podrá ser discriminada en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, diversidad funcional, orientación sexual, identidad y expresión de género, características sexuales, edad, estado civil o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

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

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

Artículo 3. *Principios.*

Son principios básicos que inspiran esta ley los siguientes:

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

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

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

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

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

f) La prevención de los problemas de salud mental se abordará en todos los ciclos de la vida y desde todos los ámbitos, con especial atención a los grupos expuestos a contextos de vulnerabilidad maximizada, teniendo en cuenta la perspectiva de género interseccional que atienda a los diferentes ejes de desigualdad social, y que reconozca los roles e identidades de género como parte del proceso de salud y de falta de aceptación social de su diversidad como génesis de malestares y problemáticas de salud mental. Las estrategias de prevención abordarán el carácter primario, secundario, terciario y cuaternario.

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

h) Los colectivos especialmente vulnerables recibirán una atención especializada y preferente.

i) En situaciones excepcionales derivadas de crisis sanitarias, se arbitrarán medidas específicas de atención a la salud mental.

Artículo 4. *Definiciones.*

A los efectos de la presente ley y su aplicación, se entiende por:

a) Suicidio: acto deliberado, voluntario y consciente realizado con la intención de quitarse la vida que acaba en muerte.

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

c) Diversidad funcional: la diferencia de funcionamiento de una persona al realizar las tareas habituales de manera distinta a la mayoría de la población.

d) Recuperación: proceso personal, libre de coerciones, que promueve vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones a la comunidad, y que es independiente del trastorno o su sintomatología. Este proceso requiere desarrollar o recuperar un sentido y propósito vital, y contar con unas condiciones de vida digna. Lo que se recupera (o

adquiere) es la autodeterminación, un sentido a la propia existencia, un proyecto de vida, acorde con nuestro sistema de valores, prioridades y preferencias, y unos roles sociales valiosos para la propia persona, más allá del rol de persona enferma.

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

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

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

h) Violencias machistas: violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y designarán todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres y sus hijos e hijas daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada.

Artículo 5. *Perspectiva de género transversal e interseccional.*

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

Esta atención, en relación con la salud mental, implicará lo siguiente:

a) El desarrollo de la escucha e intervención psicológica y social y la conceptualización de los problemas de salud mental como fenómenos relacionales y relacionados con las diferencias y desigualdades estructurales de sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género, características sexuales, clase social o etnia.

b) Una concepción integral de la salud, que entienda a la persona como un sistema dinámico, y una atención simultánea a las intersecciones entre las dimensiones psíquicas, históricas, socioculturales, biológicas y materiales de las problemáticas de salud mental.

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

d) La implementación de líneas de actuación para reducir o eliminar las desigualdades de género a través de la atención a la salud mental.

e) El desarrollo de servicios y recursos sensibles a las necesidades de género diferenciales.

f) El reconocimiento de los roles e identidades de género como parte del proceso de salud y de la génesis de los malestares y problemáticas de salud mental.

g) El establecimiento de relaciones asistenciales de persona a persona.

h) La superación de la patologización de las problemáticas sociales y su medicalización.

i) La identificación y el registro de los determinantes psicológicos y sociales de género, clase, etnia, diversidad funcional y su posible intersección, orientación sexual, identidad y expresión de género, características sexuales y la influencia en el cambio.

TÍTULO I

Derechos de las personas afectadas por problemas de salud mental

CAPÍTULO I

Derechos de las personas a la atención para los problemas de salud mental en el Sistema Sanitario

Artículo 6. *Derecho a una atención integral.*

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

Artículo 7. *Derecho de audiencia.*

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

Artículo 8. *Derecho a la no discriminación.*

1. Ninguna persona será discriminada en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta ley por motivos de origen nacional y/o étnico, religión o creencias, convicción u opinión, ideología, sexo, diversidad funcional, orientación sexual, identidad y expresión de género, características sexuales, edad, estado civil o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

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

Artículo 9. *Derecho a la autonomía de la persona con problemas de salud mental.*

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

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

Artículo 10. *Derecho a otorgar poderes preventivos.*

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

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

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

Artículo 11. *Derecho a una información veraz y completa sobre la propia salud mental y los tratamientos.*

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

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

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

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

Artículo 12. *Derecho a las decisiones compartidas.*

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

Artículo 13. *Derecho al consentimiento informado.*

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

Artículo 14. *Derecho al uso de estrategias de decisiones anticipadas.*

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

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

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

4. El Documento de Voluntades Anticipadas se elaborará de acuerdo con lo establecido en cada comunidad autónoma con base en lo recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Respecto a la Planificación Anticipada de Decisiones Compartidas, las diferentes comunidades autónomas deberán elaborar un plan de implementación de acuerdo con los estándares de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, especialmente en lo concerniente a las salvaguardias, al tratarse de una estrategia de apoyo a la toma de decisiones.

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

Artículo 15. *Derecho al nombramiento de las personas referentes.*

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

2. Estas personas podrán pertenecer al entorno próximo y personal de la persona o bien a los equipos profesionales y de apoyo mutuo no implicados directamente en el proceso asistencial.

Artículo 16. *Prevención cuaternaria y derecho a la protección contra la iatrogenia y las intervenciones de riesgo.*

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

2. Cualquier tratamiento farmacológico potencialmente inadecuado en la clínica, así como la utilización preventiva de medicación neuroléptica o antipsicótica, sin sintomatología franca, deberá ser comunicado previamente a la Defensoría de la persona con problemas de salud mental. Todos los tratamientos farmacológicos con neurolépticos o medicación psiquiátrica que no se ajusten a la ficha técnica del fármaco deberán contar con el consentimiento informado del paciente.

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

4. Ninguna persona será sometida a terapia electroconvulsiva si así se recoge en el Documento de Voluntades Anticipadas.

CAPÍTULO II

Derechos de las personas con diversidad funcional y problemas de salud mental

Artículo 17. *Derechos de la población en riesgo de pobreza y exclusión social y personas con diversidad funcional y problemas de salud mental.*

Sin perjuicio de los derechos reconocidos con carácter general, lo dispuesto en el presente capítulo será de aplicación a las personas afectadas por un problema de salud mental y que, además, pertenezcan a un sector de la población en riesgo de pobreza y exclusión social, o bien tengan reconocida alguna diversidad funcional.

Artículo 18. *Autodeterminación de la persona con diversidad funcional.*

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

2. En caso de que, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, incluso mediante la prestación de apoyos y ajustes, no sea posible determinar dicha voluntad, se deberá aplicar la mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias como medida de último recurso. En este proceso se deberán tener en cuenta las preferencias, los valores, las actitudes, los argumentos y los hechos anteriores, incluidas las formas de comunicación verbal o no verbal de la persona concernida.

Artículo 19. *Protección cualificada.*

1. La población en riesgo de pobreza y exclusión social y las personas con diversidad funcional estarán especialmente amparadas en el ejercicio de sus derechos.

2. Se prohíbe cualquier discriminación por motivos de diversidad funcional, entendiéndose esta como distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil, sanitario o de otro tipo.

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

CAPÍTULO III

Derechos de niños, niñas y adolescentes afectados por problemas de salud mental

Artículo 20. *Derechos de niños, niñas y adolescentes.*

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

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

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

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

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

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

f) Estar protegido contra cualquier trato inhumano o cruel, allá donde se encuentre y con independencia de cualquier condición personal o situación precedente. Será exigible la valoración rigurosa de medidas tales como tratamientos involuntarios o coercitivos, reclusión o aislamiento, o contenciones sin control, en cualquier lugar y/o situación, por ejemplo, en las unidades de hospitalización o centros residenciales de cualquier clasificación, tendiéndose a la eliminación de estas actuaciones.

Artículo 21. *Prevención primaria.*

1. Se implementarán programas específicos orientados a la prevención primaria y a la promoción de la salud mental en los centros de atención primaria, en centros educativos y en los servicios sociales, dirigidos especialmente a la población infanto-juvenil y sus familias, identificando y abordando factores de riesgo psicológicos y sociales.

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

Artículo 22. *Prevención secundaria.*

Se implementarán entrevistas dirigidas a predecir problemas psicológicos y sociales que puede plantear la persona en todo su proceso vital, así como programas específicos

de prevención secundaria que se iniciarán al comienzo de los síntomas, garantizando los siguientes criterios y principios:

- a) Atención accesible.
- b) Atención integral a todo el sistema familiar, así como el cuidado personalizado y continuado.
- c) Prevención y lucha contra la estigmatización, y protección de la identidad del niño, niña y adolescente, preservándola de la identidad de enfermo. Se considerará el diagnóstico como un instrumento de comunicación entre profesionales y se desarrollarán estrategias y procesos para prevenir que la categoría diagnóstica genere efectos identitarios.
- d) Protección contra la psiquiatrización y medicalización del niño, niña y adolescente, promoviendo una atención orientada a la resiliencia desde los recursos comunitarios. Se prohíbe la medicalización preventiva.
- e) Ordenación y coordinación de recursos, delimitando los circuitos asistenciales y las funciones y momentos de intervención de cada parte del sistema, optimizando e incrementando la inversión en actividades e intervenciones catalogadas como buenas prácticas que han venido contribuyendo a la sostenibilidad del sistema, y estableciendo garantías de eficiencia y eficacia. Se reforzarán los espacios de colaboración y coordinación entre los dos niveles asistenciales, compartiendo la responsabilidad de los cuidados profesionales entre atención primaria de salud y atención especializada, permitiendo dar respuesta a los llamados malestares psicosociales o malestares de la vida cotidiana y frenando los cada vez más frecuentes procesos de psicologización, psiquiatrización o medicalización de la vida cotidiana de las personas.

CAPÍTULO IV

Derechos de las mujeres afectadas por problemas de salud mental

Artículo 23. *Derechos de las mujeres afectadas por problemas de salud mental.*

1. Todas las mujeres tienen derecho a un trato libre de discriminación, a la protección contra las distintas violencias machistas y a gozar plenamente de sus derechos sexuales y reproductivos, así como a recibir una atención integral que contemple la doble discriminación que sufren las mujeres con problemáticas de salud mental.

2. «Sin perjuicio del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género», las diferentes estructuras de atención a la salud mental garantizarán estos derechos y fomentarán su pleno ejercicio, ofreciendo asesoramiento y protección contra la violencia machista, ya se produzca ésta dentro o fuera de las instituciones de atención, así como brindando una atención con perspectiva de género. Dicha protección y atención comprenderá los siguientes principios y criterios:

- a) El acompañamiento en los procesos de denuncia por violencia machista, inclusive si estos implican al propio personal social, sanitario o de servicios.
- b) La exploración y el abordaje psicológico y social de las problemáticas de violencias machistas en el transcurso de la atención.
- c) El registro sistemático de todas las violencias machistas expresadas por las mujeres atendidas.

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

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

5. Los servicios sanitarios, sociales, judiciales o de acogida destinados a la protección y atención de las mujeres víctimas de violencias machistas serán accesibles para todas las

mujeres con problemática de salud mental, no pudiendo ser, en ninguna circunstancia, el diagnóstico de salud mental un motivo de exclusión de los servicios.

TÍTULO II

Actuaciones públicas para la protección de la salud mental

CAPÍTULO I

Garantías de atención a la salud mental

Artículo 24. *Atención a la salud mental.*

1. La atención a la salud mental es el conjunto de prestaciones, servicios y actuaciones de carácter integral y continuado que se orientan a la prevención, promoción y protección de la salud mental en el marco del Sistema Nacional de Salud y los diferentes servicios públicos que participen en su prevención, promoción e intervención.

2. El Estado, en el ejercicio de sus competencias, velará por la garantía de la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios de salud mental.

3. Los poderes públicos garantizarán todos los recursos necesarios para llevar a cabo las funciones de prevención, promoción y atención a las personas con problemas de salud mental a través de los equipos de atención primaria.

4. Los equipos de salud mental comunitarios realizarán funciones de apoyo a los equipos de atención primaria y serán dotados de todos los recursos necesarios para brindar una atención integral en el ámbito de la salud mental.

5. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, actualizarán sus carteras de servicios, prestaciones y procedimientos para dar cumplimiento a las previsiones de la presente ley.

Artículo 25. *Garantías de tiempo para la atención a la salud mental.*

1. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los estándares y criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones y servicios de salud mental, que se aprobarán mediante real decreto.

2. Las comunidades autónomas concretarán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios de salud mental en el marco del real decreto anteriormente referido. En el ámbito de sus competencias, deberán reforzar las prestaciones y servicios en la atención primaria, así como reforzar medidas de prevención y promoción de la salud mental.

3. La garantía de tiempo contemplada en el presente artículo se acordará de forma que se garantice el cumplimiento de los principios de calidad, equidad y accesibilidad de la atención a la salud mental para toda la población, evitando tratamientos farmacológicos innecesarios de acuerdo con los principios de prevención cuaternaria o complementando los mismos con las intervenciones no farmacológicas respaldadas por la evidencia científica.

4. En todo caso, la garantía de tiempo abarcará la totalidad de prestaciones y modalidades de atención en el ámbito de la salud mental, incluida la frecuencia de las citaciones y consultas de los tratamientos psicoterapéuticos.

Artículo 26. *Ratios mínimas de profesionales de la salud mental.*

1. Corresponde a las administraciones públicas sanitarias proveer el personal sanitario suficiente para hacer efectiva la garantía de tiempo en la atención a la salud mental.

2. A tal fin, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará, previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, el

establecimiento de ratios mínimas, en función del número de habitantes, de profesionales de la salud mental, entre los que necesariamente se encontrarán psiquiatras, psicólogas y psicólogos, enfermeras y enfermeros especialistas de salud mental y profesionales sanitarios, del trabajo social y relacionados con la atención a la salud mental.

En todo caso, el Consejo Interterritorial deberá garantizar que el Sistema Nacional de Salud cuente con un mínimo de 18 psiquiatras, 18 psicólogas y psicólogos clínicos y 23 enfermeros y enfermeras especialistas de salud mental por cada 100.000 habitantes. La provisión de plazas y destinos deberá atender a criterios de experiencia y especialización con arreglo a lo que se establezca reglamentariamente.

Artículo 27. *Formación en salud mental.*

1. Las administraciones públicas sanitarias desarrollarán programas de formación en salud mental dirigidos a los y las profesionales de los centros sanitarios, centros educativos, servicios sociales y otros espacios orientados a la atención de la salud mental.

2. Todas las personas profesionales que trabajen en el ámbito de la salud mental recibirán formación en derechos humanos según los estándares de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Las diferentes universidades e instituciones educativas que oferten formación para desarrollar roles profesionales en el ámbito de la salud mental deberán incluir en sus planes docentes dicha temática.

3. Todas las personas profesionales que trabajen en el ámbito de la salud mental recibirán formación especializada en perspectiva de género e interseccional, con especial atención a la capacitación para identificar e intervenir en situaciones de violencias machistas y comportamientos de odio e intolerancia.

4. Los programas formativos en salud mental buscarán capacitar y empoderar a las personas con problemas de salud mental y sus familiares para que sean parte activa en la lucha contra el estigma y la discriminación.

CAPÍTULO II

Investigación y promoción de la salud mental

Artículo 28. *Investigación en salud mental.*

1. Los dispositivos y servicios de salud mental deberán mantener actualizados y hacer públicos anualmente los datos epidemiológicos recopilados, que se remitirán al Ministerio de Sanidad para su publicación con fines informativos y estadísticos.

2. Las comunidades autónomas tendrán la responsabilidad de implementar investigaciones cualitativas y cuantitativas para evaluar la calidad de los servicios en relación con el cumplimiento de los derechos humanos según la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de acuerdo con los indicadores en materia de derechos humanos de la Organización Mundial de la Salud.

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

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

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

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

Artículo 29. *Campañas de lucha contra el estigma.*

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

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

CAPÍTULO III

De la prevención del suicidio

Artículo 30. *Protocolo de prevención del suicidio.*

El Ministerio de Sanidad elaborará un protocolo de prevención del suicidio que será consensuado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y que contemplará necesariamente los siguientes principios y criterios:

- a) Prevención en grupos expuestos a situaciones de vulnerabilidad maximizada.
- b) Identificación precoz de las personas con factores de vulnerabilidad y riesgo.
- c) Acceso a la atención sanitaria y social de forma rápida e integral, incluyendo la existencia de una línea telefónica gratuita de atención en crisis con número único para todo el Estado, así como recursos asistenciales especializados con capacidad de acudir de manera inmediata a los lugares donde se encuentren las personas afectadas.
- d) Estrategias de fomento de la salud mental.
- e) Ofrecimiento de un seguimiento estrecho y continuado a las personas con tentativa suicida.
- f) Atención postsuicidio a familiares y personas del entorno, con tratamiento precoz e individualizado, fomentando espacios grupales de contención y apoyo sociosanitario y comunitario.
- g) Coordinación entre servicios sanitarios de urgencias, equipos de salud mental y servicios de atención primaria, así como otros dispositivos de emergencia.
- h) Campañas psicoeducativas, de educación para la salud e informativas de prevención, mitos, factores de riesgo, de protección y contra el estigma social asociado a las conductas suicidas.

Artículo 31. *Registro y tratamiento de datos asociados a los suicidios.*

El Ministerio de Sanidad creará un registro de datos a nivel estatal para evaluar y valorar la epidemiología del suicidio, contemplando, entre otros, los siguientes indicadores:

- a) Grupos expuestos a situaciones de vulnerabilidad maximizada.
- b) Número de casos, edad, sexo, localización, actividad laboral, factores de riesgo u otros determinantes sociales.
- c) Número de personas con intentos de suicidio.

Artículo 32. *Formación sobre la prevención del suicidio.*

Se ofrecerá formación especializada acerca de la prevención del suicidio y del estigma social dirigida a los siguientes colectivos:

- a) Personal que trabaja en servicios de urgencias y emergencias.
- b) Personal sanitario y profesionales del trabajo social.
- c) Personal no sanitario: bomberos, policías, protección civil y trabajadores sociales.
- d) Periodistas y personal de los medios de comunicación.
- e) Personal de los centros docentes, con especial atención a las etapas educativas obligatorias.
- f) Personal de la Administración de Justicia y profesionales del derecho.

CAPÍTULO IV

De la atención libre de coerción y de tratamientos involuntarios

Artículo 33. *De la contención mecánica.*

1. Todos los centros implementarán los cambios pertinentes en el funcionamiento de los servicios destinados a posibilitar la regulación y tender a la eliminación de la contención mecánica y otras formas de coerción, farmacológicas o de otro tipo, mediante nuevas políticas y prácticas que deben ir encaminadas a formar a los equipos profesionales para evitar la contención mecánica y cualquier otra práctica coercitiva.

2. Cada centro sociosanitario creará un registro en el que deberán constar las contenciones mecánicas realizadas. Este registro será accesible para las personas que acrediten un interés legítimo, así como para las autoridades de la administración pública competentes en materia sanitaria y la Defensoría de la persona con problemas de salud mental. En el marco del sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud, se hará pública la información anonimizada, detallada y comprensible sobre las situaciones contempladas en este artículo.

Artículo 34. *Del internamiento.*

1. No procederá el internamiento u hospitalización en contra de la voluntad del o la paciente, salvo los supuestos restringidos y tasados en que lo determine una ley orgánica y siempre previa autorización judicial. Las comunidades autónomas, dentro de sus competencias, crearán registros centralizados para ingresos forzosos. Los registros serán elevados al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

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

3. En caso de internamiento voluntario, la persona podrá acceder con sus pertenencias personales, salvo aquellos que puedan poner en riesgo la seguridad de pacientes y profesionales, y en ningún momento de la atención estará sujeta a coerciones o coacción.

4. Las instituciones de ingreso o residencia deberán tener regímenes de visitas y normativas flexibles y adaptables a las necesidades y preferencias de las personas, viéndose limitadas, en casos excepcionales, por causas epidemiológicas o de salud pública.

CAPÍTULO V

Atención a las personas afectadas por la crisis de la COVID-19

Artículo 35. *Medidas de atención a las personas afectadas por la crisis de COVID-19.*

Las autoridades sanitarias competentes, en relación con las personas que presentan problemas de salud mental derivados de la pandemia de la COVID-19, llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- a) Elaborarán programas específicos para identificar patologías en salud mental derivadas de la pandemia de la COVID-19.

- b) Promoverán la realización de estudios de investigación respecto a los síntomas originados tanto por la infección COVID-19 como por la situación de pandemia.
- c) Realizarán protocolos de formación para identificar síntomas derivados de la pandemia y adoptar medidas protectoras a nivel de las estructuras de atención sanitaria, sociosanitaria y en el ámbito educativo.
- d) Facilitarán los medios adecuados para que estas personas reciban una atención integral.
- e) Velarán por que la atención y preservación de la salud mental de la población, especialmente de los colectivos más vulnerables, sea una variable central en la toma de decisiones sobre las medidas que limiten la movilidad y la sociabilidad.

TÍTULO III

Gobernanza para la protección de la salud mental

Artículo 36. *Estrategia Española de Salud Mental.*

1. La Estrategia Española de Salud Mental es el instrumento para planificar y coordinar las actuaciones públicas en materia de salud mental en cumplimiento de los principios y objetivos establecidos en esta ley.
2. La Estrategia, que tendrá una duración quinquenal, será elaborada por el Ministerio de Sanidad, informada por el Consejo de Participación de Salud Mental y aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
3. Las comunidades autónomas podrán aprobar estrategias y planes de salud mental en el ámbito de sus competencias.

Artículo 37. *Centro Estatal de Salud Mental.*

1. Se crea el Centro Estatal de Salud Mental, como órgano colegiado adscrito al Ministerio de Sanidad, al que corresponderá el asesoramiento técnico y la evaluación de las actuaciones públicas en materia de la salud mental en los ámbitos estatal y autonómico. Su composición y funciones se establecerán reglamentariamente.
2. El Centro Estatal de Salud Mental participará en la elaboración de la Estrategia Española de Salud Mental y establecerá los mecanismos adecuados para su evaluación y seguimiento. En todo caso, la Estrategia Española de Salud Mental deberá ser evaluada con periodicidad bienal.
3. El Centro Estatal de Salud Mental establecerá los mecanismos necesarios para configurar un sistema de información que permita valorar el estado situacional de la salud mental en todo el territorio español.

Artículo 38. *Consejo de Participación de Salud Mental.*

1. Se crea el Consejo de Participación de Salud Mental, como órgano de colaboración, participación y consulta en el ámbito de la salud mental.
2. Formarán parte del Consejo de Participación de Salud Mental, entre otros colectivos, los colegios profesionales relacionados con la protección de la salud mental, las sociedades profesionales y las asociaciones representativas en el ámbito de la salud mental. Su composición y funciones se establecerán reglamentariamente.

Artículo 39. *Defensoría de la persona con problemas de salud mental.*

1. Cada comunidad autónoma creará la figura de la Defensoría de la persona con problemas de salud mental.
2. La Defensoría será nombrada por la persona responsable de los servicios sanitarios autonómicos a propuesta de los colectivos de personas usuarias y profesionales sociales y sanitarios del ámbito de la salud mental. La Defensoría deberá recibir formación intensiva y acreditar conocimientos especializados y valores compartidos con la

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales para la protección de los derechos humanos.

3. El defensor o defensora de la persona con problemas de salud mental tendrá un mandato de cuatro años renovable por otros cuatro.

4. La Defensoría desempeñará las siguientes funciones:

a) Velar por la garantía de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

b) Realizar visitas de supervisión o seguimiento y valorar tanto las estructuras como la calidad de la atención prestada, cuidando que sea integral con los objetivos de normalización e inserción social.

c) Acceder a los servicios de salud mental, observar las instalaciones y dinámicas de trabajo, intervenir en situaciones de vulneración de derechos humanos en defensa de la persona, entrevistar al personal de atención y a las personas usuarias y familiares vinculadas y revisar la documentación y registros de los dispositivos y servicios.

d) Elaborar un informe anual con las incidencias recibidas y observadas y la evaluación de las estructuras y la calidad de los procesos, así como con las correspondientes recomendaciones, que remitirá al Ministerio de Sanidad para ser abordado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional única. *De las funciones de la Alta Inspección.*

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

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.*

Se añade un apartado 7 al artículo 22 de la de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, con la siguiente redacción:

«7. El empresario adoptará las medidas de prevención, vigilancia y control necesarias para garantizar la protección de la salud mental de las personas trabajadoras, realizando de forma regular, reglada y conocida por las y los Delegados de Prevención las evaluaciones de riesgos psicológicos y sociales relacionados con cada puesto. Se promoverá el derecho efectivo a la desconexión digital, la promoción de un ambiente saludable de trabajo y el mantenimiento del bienestar emocional de las personas trabajadoras, prestando especial vigilancia en los casos de acoso.»

Disposición final segunda. *Modificación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.*

Se modifica la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 12.2, que queda redactado como sigue:

«Sin perjuicio de las competencias que correspondan a otras autoridades, la vigilancia de salud pública tomará en cuenta, al menos, los siguientes factores:

1.º Los condicionantes sociales y las desigualdades que incidan en la salud con mediciones en el nivel individual y en el poblacional.

2.º Los riesgos ambientales y sus efectos en la salud, incluida la presencia de los agentes contaminantes en el medio ambiente y en las personas, así como el impacto potencial en la salud de la exposición a emisiones electromagnéticas.

3.º La seguridad alimentaria, incluyendo los riesgos alimentarios.

4.º Los riesgos relacionados con el trabajo y sus efectos en la salud, incluidos los riesgos psicológicos y sociales.

5.º Las enfermedades no transmisibles.

6.º Las enfermedades transmisibles, incluyendo las zoonosis y las enfermedades emergentes.

7.º Los problemas de salud relacionados con el tránsito internacional de viajeros y bienes.

8.º Las lesiones y la violencia.

9.º Los problemas de salud mental y el consumo de psicofármacos.

10.º Otros problemas para la salud pública de los que se tenga constancia.»

Dos. Se añade una letra k) al artículo 23.1, con la siguiente redacción:

«k) Desarrollar programas de prevención en el ámbito de la salud mental.»

Tres. Se añade una letra d) al artículo 40.3, con la siguiente redacción:

«d) Estadísticas e indicadores específicos sobre los problemas de salud mental y las actuaciones públicas y recursos destinados a su atención.»

Disposición final tercera. *Título competencial.*

1. Lo dispuesto en esta ley tiene carácter básico al dictarse al amparo de las competencias que corresponden al Estado en el artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva para determinar las bases y coordinación general de la sanidad.

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

Disposición final cuarta. *Habilitación para el desarrollo reglamentario.*

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

Disposición final quinta. *Aplicación progresiva de la ley.*

1. La creación del Centro Estatal de Salud Mental, prevista en el artículo 37 de esta ley, así como de cualesquiera dispositivos o estructuras organizativas de carácter estatal que se contemplan en la misma, no supondrán un incremento de los créditos consignados en la vigente Ley de Presupuestos Generales del Estado, realizándose mediante la reestructuración de los órganos y unidades previstos en el Real Decreto 735/2020, de 4 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, y se modifica el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, sin perjuicio de la necesidad de contar con recursos específicos, suficientes y estables en las sucesivas Leyes de Presupuestos Generales del Estado.

2. Las ratios mínimas de profesionales establecidas en el párrafo segundo del artículo 26.2 se alcanzarán progresivamente en el plazo de cuatro años desde la entrada en vigor de la presente ley.

3. Las prestaciones sanitarias que establece esta ley son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas, conforme a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 48-1

12 de enero de 2024

Pág. 23

todo caso, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud evaluará regularmente la aplicación de esta ley, proponiendo las medidas necesarias para garantizar su efectivo cumplimiento y una financiación suficiente y estable, que deberá acordarse, en su caso, en el marco de lo dispuesto en la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias y otras normas de aplicación.

Disposición final sexta. *Entrada en vigor.*

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

cve: BOCG-15-B-48-1