

Actuar, unir y empoderar para la Salud Mental



QualityRights

Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS

Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social

**Escuela
de Salud
Pública**
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE



**Organización
Mundial de la Salud**



QualityRights

Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS

**Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los
establecimientos de salud mental y de apoyo social**



**Organización
Mundial de la Salud**

Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2012
con el título WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights
in mental health and social care facilities.

© Organización Mundial de la Salud 2012

La Organización Mundial de la Salud ha cedido los derechos de traducción y publicación de una edición en español a la Universidad de Chile, responsable única de la calidad y fidelidad de la versión en español. En caso de discrepancia entre las versiones en inglés y en español, la auténtica y vinculante será la versión original en inglés.

Instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.

© Organización Mundial de la Salud 2015

nombre de la editorial o del editor

Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales – deben dirigirse a Ediciones de la OMS, al correo electrónico: permissions@who.int.

Contenidos

Reconocimientos.....	v
Introducción	8
1. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS.....	10
2. ¿Quién puede hacer uso del instrumento?	16
3. Organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales de derechos humanos	16
4. Organismos y mecanismos nacionales	17
5. Constituir el equipo de gestión del proyecto y fijar los objetivos	21
6. Determinar el método de la evaluación	22
7. Capacitar a los miembros del/de los comité(s) de evaluación	30
8. Determinar las atribuciones del/de los comité(s) de evaluación	33
9. Preparar los formularios de consentimiento y obtener aprobación ética	33
10. Programar y llevar a cabo la evaluación.....	35
11. Observar los establecimientos.....	36
12. Examinar la documentación del establecimiento.....	38
13. Entrevistar a los usuarios, familiares (amigos o cuidadores) y miembros del personal	41
14. Elaborar informe de los resultados de la evaluación.....	45
15. Utilizar los resultados de la evaluación	47
Anexo 1. Principios de la práctica en salud mental orientada hacia la “recuperación”	49
Anexo 2. Capacidad jurídica y toma de decisiones con apoyo	52
Anexo 3. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.....	54
Anexo 4. Temas, estándares y criterios del instrumento de Calidad y Derechos de la OMS	83
Anexo 5. Ejemplos de tamaños de muestras para diferentes tipos de establecimientos, según el número de trabajadores y de usuarios.	93
Anexo 6. Muestras de formularios de consentimiento para los entrevistados que participan en una evaluación (para ser adaptado al contexto nacional)	96

Reconocimientos

Los autores principales del instrumento fueron Michelle Funk y Natalie Drew, Desarrollo de Políticas y Servicios en Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias, Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, Suiza.

La orientación técnica y las revisiones fueron proporcionadas por:

- Melvyn Freeman, Departamento Nacional de Salud, Sudáfrica
- Achmat Moosa Salie, Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de Psiquiatría, Centro Ubuntu Sudáfrica, Ciudad del Cabo, Sudáfrica
- Anne Marie Robb, Centro Ubuntu Sudáfrica, Sudáfrica
- Judith Cohen, Comisión de Derechos Humanos Sudafricano, Sudáfrica
- Christine Ogaranko, Canada
- J. Ramón Quirós, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Gobierno del Principado de Asturias, España
- Japheth Ogamba Makana, MindFreedom, Kenya
- Sawsan Najir, MindFreedom, Kenya
- Charlene Sunkel, Movimiento de Defensa del Consumidor de Gauteng; Presidente del Movimiento Sudafricano de Defensa de la Salud Mental, Sudáfrica
- Sylvester Katontoka, Red de Usuarios de Salud Mental de Zambia
- Tomás López Corominas, Hierbabuena, Asociación Oviedo de Salud Mental, España
- Helena NygrenKrug, OMS, Ginebra, Suiza
- Gemma Griffin, Salud Mental y Adicción, Consejo de Salud del Distrito Sur, Nueva Zelanda
- Shekhar Saxena, OMS, Ginebra, Suiza
- David Crepaz-Keay, Fundación de Salud Mental, Reino Unido
- Javier Vásquez, Oficina Regional de las Américas de OMS, Washington DC, Estados Unidos
- Jose Miguel Caldas de Almeida, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nova de Lisboa, Portugal
- Soumitra Pathare, Clínica Ruby Hall, Pune, India
- Benedetto Saraceno, Universidad Nova de Lisboa, Portugal; Iniciativa Global en Psiquiatría, Países Bajos

También deseamos agradecer a las siguientes personas por su opinión experta y su aporte técnico:

- Víctor Aparicio, Oficina Subregional de OMS, Panamá
- Gunilla Backman, Escuela Londinense de Higiene y Medicina Tropical, Reino Unido
- Laurent Benedetti, Escuela de Medicina Universidad de Massachusetts, Estados Unidos
- Laura Bennett, Escuela Severn Deanery de Psiquiatría, Reino Unido
- Benjamin E. Berkman, Departamento de Bioética, Institutos Nacionales de Salud, Estados Unidos
- Sra. Barbara Bernath, Asociación de Prevención de Tortura, Suiza
- Andrea Bruni, Oficina País de la OMS, Etiopía
- Judith Bueno de Mesquita, Escuela de Leyes Universidad de Essex, Colchester, Reino Unido
- Vijay Chandra, Oficina Regional del Sureste de Asia de la OMS, Nueva Delhi, India
- Hugo Cohen, Oficina Subregional de OMS, Argentina



- Sebastiana Da Gama Nkomo, Oficina Regional de África de OMS, Brazzaville, República Democrática del Congo
- Julian Eaton, Oficina Regional de CBM de África del Oeste, Togo
- Marta Ferraz, Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud, Portugal
- Lance Gable, Escuela de Derecho Universidad Wayne State, Detroit, Michigan, Estados Unidos
- Amelia Concepción González López, Salud Pública y Participación, Principado de Asturias, España
- Lawrence Gostin, Instituto O'Neill de Derecho en Salud Nacional y Global, Universidad de Georgetown, Washington DC, Estados Unidos
- Paul Hunt, Centro de Derechos Humanos Universidad de Essex, Colchester, Reino Unido
- Shadi Jaber, Sociedad de Familias y Amigos en Salud Mental, West Bank y Gaza Strip
- Jan Paul Kwasik, Salud Juvenil de Orygen, Melbourne, Australia
- Caroline Fei-Yeng Kwok, Canada
- Oliver Lewis, Centro de Defensa de la Discapacidad Mental, Budapest, Hungría
- Aiysha Malik, Universidad de Oxford, Reino Unido
- Angelica Monreal, Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental, Chile
- Maristela Monteiro, Oficina Regional de las Américas de OMS, Washington DC, Estados Unidos
- Matthijs Muijen, Oficina Regional de Europa de OMS, Copenhague, Dinamarca
- Jamil Nassif, Centro Comunitario de Salud Mental Salfit, Ministerio de Salud, West Bank y Gaza Strip
- Alana Officer, OMS, Ginebra, Suiza
- Ionela Petrea, Instituto Trimbos, Centro de Colaboración de OMS, Países Bajos
- Matt Pollard, Asociación de Prevención de Tortura, Ginebra, Suiza
- Jorge Rodríguez, Oficina Regional de OMS de las Américas, Washington DC, Estados Unidos
- Diana Rose, Instituto de Psiquiatría, King's College Londres, Reino Unido
- Khalid Saeed, Oficina Regional de la OMS del Mediterráneo Oriental, Cairo, Egipto
- Tom Shakespeare, OMS, Ginebra, Suiza
- Jessica Sinclair, Maxwell Stamp PLC, Reino Unido
- Sarah Skeen, OMS, Ginebra, Suiza
- Peter Stastny, Programa de Salud Mental Global/RedeAmericas, Universidad de Columbia, Ciudad de Nueva York, Estados Unidos
- Kanna Sugiura, OMS, Ginebra, Suiza
- Ezra Susser, Escuela Mailman de Salud Pública, Universidad de Columbia, Nueva York, Estados Unidos
- Stephan Tang, Universidad Nacional Australiana, Canberra, Australia
- Graham Thornicroft, Instituto de Psiquiatría, King's College Londres, Reino Unido
- Anil Vartak, Asociación de Sensibilización sobre Esquizofrenia (Schizophrenia Awareness Association), Pune, India
- Henrik Wahlberg, Consejo del Condado de Estocolmo, Centro de Psiquiatría Transcultural, Estocolmo, Suecia
- Simon Walker, Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos, Ginebra, Suiza
- Xiangdong Wang, OMS Oficina Regional del Pacífico Occidental, Manila, Filipinas
- Narelle Wickham, Justicia Sanitaria, Canberra, Australia
- Moody Zaky, Hospital General Comet, Egipto

Apoyo administrativo y secretarial: Patricia Robertson

Se agradece el apoyo financiero brindado por el Gobierno de España y de Portugal.



VERSIÓN EN ESPAÑOL

Coordinador de la versión en español

Dr. Alberto Minoletti, Escuela de Salud Pública “Salvador Allende”, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Traducción

Marissa Minoletti, Proyecto FONIS: SA12I2073, Escuela de Salud Pública “Salvador Allende”, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

- Comité de asesoría técnica a la traducción
- Cristian R. Montenegro (Coordinador del Comité), Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, Chile
- Daniela Albuquerque, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile
- Jorge Chuaqui, Asociación Nacional de Usuarios de Salud Mental y Escuela de Sociología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile
- Dr. Mauricio Gómez, Servicio de Psiquiatría, Hospital de Buin, Santiago, Chile
- Bert Kaempfe, Hospital Psiquiátrico El Peral, Santiago, Chile
- Pablo Monares, Fundación Rostros Nuevos, Hogar de Cristo, Santiago, Chile
- Daniel Núñez, Escuela de Psicología, Universidad de Talca, Talca, Chile
- Dr. Marco Ochoa, Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial Barros Luco, Santiago, Chile
- Dr. Nelson Pérez, Servicio de Salud Concepción, Concepción, Chile
- Miguel Rojas, Coordinadora de Agrupaciones de Familiares y Usuarios de Personas con Afección en Salud Mental, Santiago, Chile
- Gloria Silva, Comunidad Terapéutica Peñalolén y Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile
- Jonah Kreniske (retrotraducción), Programa de Salud Mental Global RedeAmericas, Universidad de Columbia, Ciudad de Nueva York, Estados Unidos

Edición

Braulio Andrés Manríquez.

La versión en español se pudo realizar gracias al apoyo institucional de la Escuela de Salud Pública “Salvador Allende”, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, y contó con financiamiento de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) de Chile, a través del Proyecto FONIS: SA12I2073, a cargo de los investigadores principales Alberto Minoletti y Olga Toro.

1

Introducción

En todo el mundo, las personas con discapacidad mental, discapacidad intelectual, o problemas de abuso de sustancias experimentan una baja calidad en su atención, como también violaciones a sus derechos humanos. Los servicios de salud mental no logran integrar los tratamientos y prácticas basados en la evidencia, obteniendo resultados pobres en cuanto a la recuperación. El estigma asociado a estas condiciones se traduce en que las personas experimenten exclusión, rechazo y marginalización de parte de la sociedad. Las concepciones erróneas en relación a las personas con tales discapacidades—que no pueden tomar decisiones o cuidarse por sí mismas, que son peligrosas o que son meros objetos de compasión y de asistencia social—las llevan a enfrentar discriminación en todos los aspectos de sus vidas. Se les niegan oportunidades de trabajo, de obtener educación y de vivir una vida independiente y plena en la comunidad.

Irónicamente, algunos de los actos más graves de violación de los derechos humanos y de discriminación experimentados por personas con discapacidad mental, discapacidad intelectual o problemas de abuso de sustancias se producen en los establecimientos de salud. En muchos países, la calidad de la atención —tanto en establecimientos de hospitalización como ambulatorios— es deficitaria, o incluso perjudicial, pudiendo dificultar de forma activa la recuperación. El tratamiento ofrecido busca con frecuencia mantener a las personas y a sus trastornos “bajo control”, en lugar de potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida. Las personas son más bien vistas como “objetos de tratamiento” que como seres humanos con los mismos derechos y aspiraciones que los demás. No se les pide la opinión respecto a sus planes de atención o de recuperación, lo que en muchos casos significa que acaban recibiendo tratamiento en contra de su voluntad. La situación en los establecimientos de hospitalización es con frecuencia mucho peor: las personas pueden ser recluidas en hospitales psiquiátricos o en hogares de protección social durante semanas, meses y a veces años sin interrupción, donde sufren condiciones de vida terribles y se les somete a tratamientos degradantes y deshumanizadores, que incluyen violencia y abuso.

La evaluación y la mejora de la calidad y el respeto a los derechos humanos, tanto en establecimientos hospitalarios como ambulatorios, son elementos fundamentales para corregir esta situación. Una evaluación exhaustiva de los establecimientos puede ayudar a identificar los problemas en las prácticas de atención de salud existentes, como también a planificar vías eficaces que garanticen que los servicios sean de buena calidad, respetuosos de los derechos humanos, sensibles ante las necesidades de los

usuarios y que promuevan su autonomía, dignidad y derecho a decidir por sí mismos. La evaluación es importante no sólo para corregir descuidos o abusos ya producidos, sino que también para garantizar el desarrollo de servicios efectivos y eficientes en el futuro^{1,2}. Adicionalmente, los resultados y las recomendaciones de una evaluación de la calidad y los derechos humanos pueden asegurar que las políticas, planes y reformas legislativas futuras respeten y promuevan los derechos humanos.

¹ Mejora de la calidad para la salud mental. Conjunto de Guías de la OMS sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. © Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003

² Un recurso complementario en países que enfrentan crisis humanitarias es: Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Lista de verificación para las visitas a las instituciones en contextos humanitarios. En: *Evaluando la salud mental y las necesidades y recursos psicosociales: guía de herramientas para crisis humanitarias mayores*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012

2 Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS

Objetivo

El objetivo del *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS* es apoyar a los países en la evaluación y mejora de la calidad y los derechos humanos de sus establecimientos de salud mental y de apoyo social.

El instrumento se basa en una extensa revisión internacional realizada por personas con discapacidad mental y sus organizaciones. Se ha puesto a prueba en países de ingresos bajos, medios y altos y está diseñado para aplicarse en cualquiera de estos entornos económicos.

Para los efectos de este instrumento, el término “personas con discapacidad mental” puede incluir a las con deficiencias mentales, neurológicas o intelectuales, y a las con trastornos de abuso de sustancias.

El término “establecimiento” se refiere a cualquier lugar en el que las personas con discapacidad mental viven o reciben atención, tratamiento y/o rehabilitación. Esto incluye: hospitales psiquiátricos; unidades psiquiátricas en hospitales generales; servicios ambulatorios (incluyendo centros comunitarios de salud mental o de abuso de sustancias, clínicas de atención primaria y atención ambulatoria brindada por hospitales generales); centros de día para personas con discapacidades mentales y centros de apoyo social (incluidos orfanatos, residencias de ancianos, hogares para niños con discapacidad intelectual o de otro tipo y otros tipos de hogares para “grupos” de personas).

Los establecimientos psiquiátricos y otros dispositivos de larga estadía hospitalaria se han asociado por largo tiempo con cuidados de baja calidad y con violaciones de los derechos humanos. Las personas que viven en estos establecimientos se encuentran aisladas de la sociedad y tienen pocas oportunidades, o ninguna, de llevar vidas normales y satisfactorias en la comunidad. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud recomienda a los países el cierre progresivo de este tipo de dispositivos y que, en su lugar, se desarrollen servicios comunitarios y se integre la salud mental a los servicios de atención primaria y a los ofrecidos por los hospitales generales. Si bien este instrumento no respalda a los establecimientos de larga estancia hospitalaria como un entorno adecuado para el tratamiento y atención, admite que, mientras dicho tipo de dispositivos siga existiendo en países de todo el mundo, existe la necesidad de prevenir violaciones y promover los derechos de las personas que residen en ellos.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) es la base de los estándares de derechos humanos, los cuales deben ser respetados, protegidos y cumplidos en los establecimientos.

Temas

Este instrumento cubre 5 temas extraídos de la CDPD:

- 1. *El derecho a un nivel de vida adecuado y a protección social (Artículo 28 de la CDPD).*** Muchas personas internadas en establecimientos residenciales sufren de condiciones de vida inhumanas, incluyendo hacinamiento y saneamiento e higiene deficientes. Los residentes carecen de ropa adecuada, agua potable, alimentos, calefacción, ropa de cama decente y privacidad. Con frecuencia, el entorno social no es mejor: se niega a las personas la oportunidad de comunicarse con el mundo exterior, su privacidad no es respetada, experimentan un aburrimiento y un abandono insoportables, y reciben muy pocos estímulos intelectuales, sociales, culturales, físicos o de otro tipo, si es que reciben alguno. El artículo 28 de la CDPD exige, entre otras cosas, que a las personas con discapacidad se les ofrezca un estándar de vida adecuado, lo que incluye alimentación adecuada, ropa, agua potable, artículos y otros tipos de ayuda para las necesidades relacionadas con su discapacidad, como también la mejora continua de sus condiciones de vida.
- 2. *El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (Artículo 25 de la CDPD).*** En muchos países, las personas no tienen acceso a la atención y tratamientos básicos que requieren en salud mental. Los servicios, con frecuencia, están muy alejados de su hogar o son de un costo inasequible. En otros casos, los propios servicios son de baja calidad: se aplican tratamientos inefectivos o perjudiciales, y se ignoran los problemas comórbidos de salud general. Se enfatizan los servicios institucionales en detrimento de los establecimientos comunitarios ambulatorios, y el foco de muchos servicios está en retener a las personas en lugar de ayudarlas a desarrollar sus habilidades para que puedan recuperarse y (re)integrarse a la comunidad (Ver Anexo 1 en relación a los principios sobre la “recuperación”). Además, las personas que viven en establecimientos residenciales muchas veces no pueden acceder a los servicios de salud general, sexual y reproductiva. El artículo 25 de la CDPD exige que las personas con discapacidad reciban los servicios de salud que requieran tan cercano a sus comunidades como sea posible. También exige que dichas personas reciban la misma variedad, calidad y estándar de atención sanitaria que los demás, sea esta gratuita o asequible, incluida la salud sexual y reproductiva.
- 3. *El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona (Artículos 12 y 14 de la CDPD).*** Las personas con discapacidad mental y discapacidad intelectual habitualmente sufren violaciones de su derecho a ejercer su capacidad jurídica. Con frecuencia, se les considera incapaces de tomar decisiones sobre sus propias vidas, por lo que las decisiones claves que les competen (por ejemplo, sobre su lugar de residencia, su tratamiento médico, sus asuntos personales y económicos) son tomadas por sus familias, cuidadores, tutores o profesionales de la salud. Además, en todas partes del mundo, las personas reciben tratamiento médico o son admitidas en

establecimientos residenciales sin que den su consentimiento informado explícito. El artículo 12 de la CDPD establece que los individuos con discapacidad tienen el derecho a ser considerados como personas ante la ley en todas partes. También reafirma los derechos de las personas con discapacidad a ejercer su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás en todos los aspectos de la vida. Por consiguiente, ellas deben estar siempre en el centro de todas las decisiones que les afecten, incluyendo su tratamiento, el lugar en donde viven, y sus asuntos personales y financieros. El artículo 12 también establece que, cuando sea necesario, las personas afectadas deben contar con apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica. Esto quiere decir que deberían tener acceso a una persona o a un grupo de personas de confianza que puedan explicarles los asuntos relacionados a sus derechos, su tratamiento y otros temas relevantes, y que les puedan ayudar a interpretar y comunicar sus elecciones y preferencias. Entre las personas que brindan apoyo se pueden incluir defensores, un defensor personal, servicios comunitarios, asistentes personales y los mismos pares (ver Anexo 2 para mayor información acerca de la toma de decisiones con apoyo).

El artículo 14 de la CDPD (el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona) es una disposición importante en relación a la hospitalización sin consentimiento informado. Afirma que a las personas con discapacidad no se les puede privar de su libertad de un modo ilegal o arbitrario, que toda privación de libertad debe ser conforme a la ley, y que la existencia de una discapacidad en ningún caso justificará la privación de libertad.

4. ***Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (Artículos 15 y 16 de la CDPD).*** En muchos países, las personas en establecimientos de hospitalización y en hogares de apoyo social están expuestas a abusos físicos, sexuales y mentales. Muchas de estas personas se pasan días, meses e incluso años viviendo una vida sin rumbo e inactiva, sumergidas en un aburrimiento insoportable y aislamiento social total. A menudo son aisladas (por ejemplo en celdas de aislamiento) o inmovilizadas (con cadenas, grilletes o camas enjauladas). Asimismo, con frecuencia son sobre-medicadas de modo que puedan permanecer dóciles y “fáciles de manejar”. En muchas ocasiones, de acuerdo con la legislación internacional sobre derechos humanos, este tratamiento se considera maltrato y, en algunos casos, incluso tortura.

El Artículo 15 exige la adopción de todas las medidas adecuadas para impedir que las personas con discapacidades sean sometidas a tortura o tratos y penas crueles, inhumanas o degradantes. Este Artículo también establece que nadie debe ser sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento. El Artículo 16 exige la toma de todas las medidas necesarias para proteger y prevenir a las personas contra cualquier forma de explotación, violencia y abuso. Este Artículo también dispone la adopción de todas las medidas adecuadas con tal de promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, como también la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que han sido víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluyendo la prestación de servicios de protección. Asimismo, la recuperación y la reintegración deben tener

lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, el auto-respeto, la dignidad y la autonomía de la persona, y que tenga en cuenta las necesidades propias del género y la edad. Es también de suma importancia el hecho de que el Artículo 16 exige que todos los establecimientos y programas diseñados para la prestación de servicios a las personas con discapacidad sean supervisados en forma efectiva por autoridades independientes.

5. ***El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (Artículo 19 de la CDPD).*** Las personas con discapacidad experimentan una variedad amplia de violaciones y discriminaciones, las cuales les impide vivir y ser incluidos en la comunidad. Se les niegan oportunidades de trabajar y de obtener una educación y acceso a los apoyos sociales y económicos que necesitan para vivir en la comunidad. También se les limita en el ejercicio de su derecho a voto y en su participación en organizaciones políticas, religiosas, sociales y de autoayuda o autodefensa. No pueden ejercer sus prácticas religiosas o culturales, y se les niegan oportunidades de practicar actividades de recreación, acondicionamiento físico y deporte. Parte del problema es que los servicios para personas con discapacidad mental, tanto de hospitalización como ambulatorios, se centran en la atención de salud y tratamiento en lugar de proveer o facilitar acceso a una gama completa de apoyos que permitan a dichas personas vivir independientemente en la comunidad y participar plenamente en la sociedad.

El artículo 19 establece que las personas con discapacidad tienen el derecho a vivir en la comunidad y que los gobiernos deben adoptar medidas efectivas y pertinentes para facilitar su plena inclusión y participación en la sociedad. Establece, además, que las personas tienen derecho a decidir dónde y con quién vivir; no deben ser obligadas a vivir en una vivienda determinada. De manera significativa, el Artículo 19 también establece que las personas deben recibir acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros tipos de apoyo comunitario, incluida la ayuda personal necesaria para facilitar la vida e inclusión en la comunidad, y para prevenir el aislamiento o separación de la comunidad. Los conceptos de inclusión y participación indicados en el Artículo 19 se expresan con mayor detalle en otros artículos de la Convención, incluidos aquellos acerca de los derechos a la educación, al trabajo y al empleo, y a la participación en la vida política, pública y cultural, y en actividades recreativas, de esparcimiento y deporte.

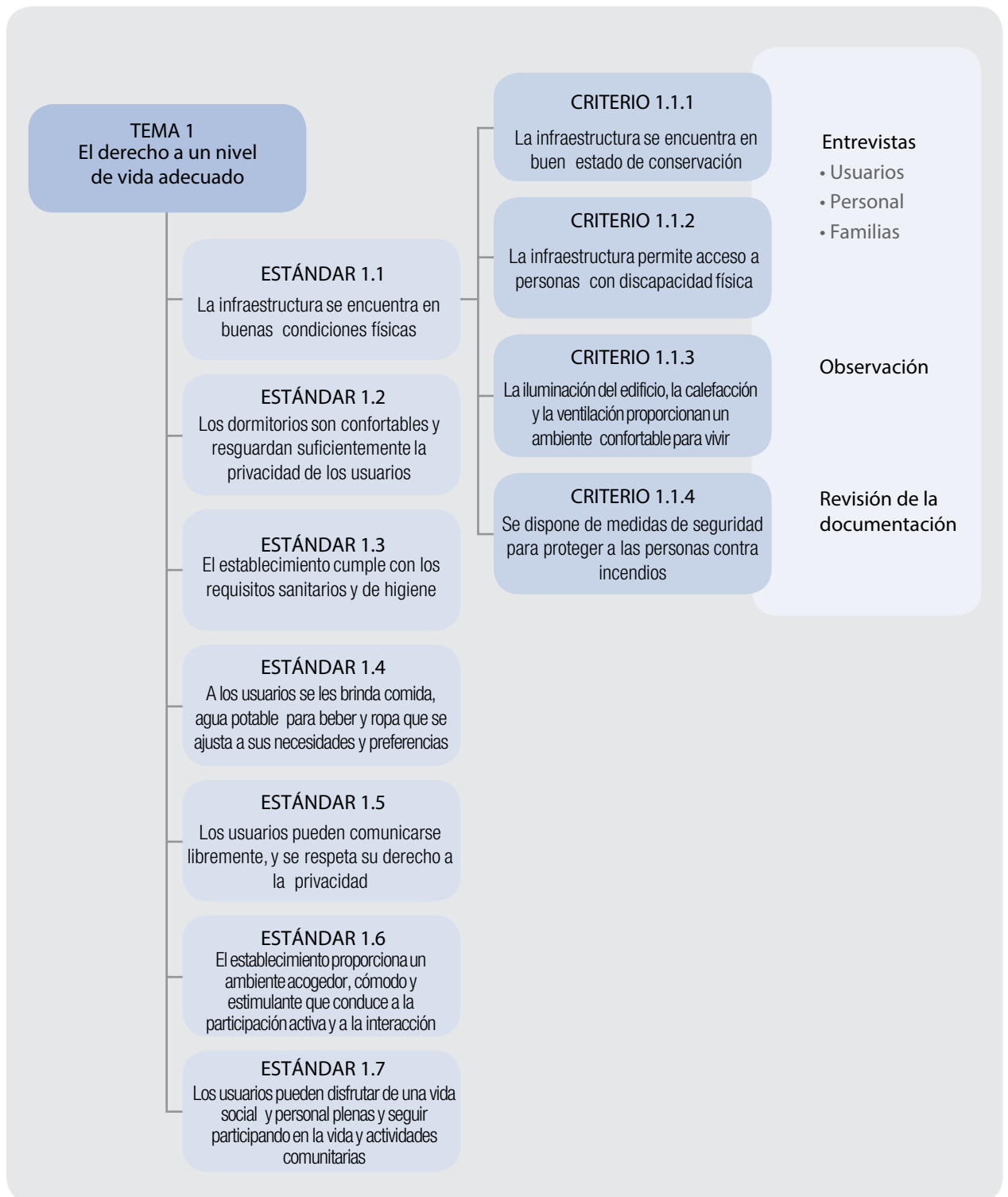
(Ver Anexo 3 para la versión completa de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad)

Los estándares y criterios usados en el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS

Cada uno de los “temas” o “derechos” recién descritos se dividen en una serie de “estándares”, los cuales se subdividen en un conjunto de “criterios”. Los criterios conforman la base de la evaluación de la calidad y los derechos humanos. La situación de cada establecimiento es evaluada en comparación con estos criterios, a través de entrevistas, observaciones y revisiones de la documentación. La evaluación de cada uno de los criterios

permite a los evaluadores determinar si se cumple con un estándar determinado o no. A su vez, los estándares ayudan a determinar el cumplimiento del tema global (Figura 1).

Figura 1. Ejemplo de cómo se divide cada tema en estándares y criterios a detectar en una evaluación de calidad y derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.



Pertinencia de los temas, estándares y criterios para los establecimientos de hospitalización y ambulatorios

Como se observa en la Tabla 1, los temas 2, 3 (a excepción del criterio 3.1.2), 4 y 5, junto con sus estándares y criterios respectivos, se aplican tanto a establecimientos de hospitalización como ambulatorios. El tema 1 se refiere específicamente a las condiciones de vida en los establecimientos residenciales y, por lo tanto, no se aplica a los servicios ambulatorios; sin embargo, este tema es también pertinente para los centros de día. El Anexo 4 contiene la lista completa de temas, estándares y criterios.

Tabla 1. Aplicabilidad de los temas a establecimientos de hospitalización y ambulatorios.

Tema	Residenciales	Ambulatorios
1	✓	×
2	✓	✓
3	✓	El criterio 3.1.2 del estándar 3.1 no es relevante para los establecimientos ambulatorios
4	✓	✓
5	✓	✓

Componentes del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS

El *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS* entrega instrucciones detalladas acerca del modo de realizar una evaluación y de informar y utilizar los resultados obtenidos. Asimismo, incluye numerosas herramientas:

- **Herramientas de evaluación:**
 - La *Herramienta de entrevista de Calidad y Derechos de la OMS*: Esta herramienta proporciona orientación acerca de la realización de entrevistas con usuarios³, integrantes de la familia (amigos o cuidadores) y personal del establecimiento.
 - La *Herramienta de revisión de documentos y de observación de Calidad y Derechos de la OMS*: Esta herramienta proporciona orientación sobre la revisión de la documentación y la realización de observaciones en el establecimiento.
- **Formularios de informes:**
 - El *Informe de evaluación de un establecimiento*: Este documento está diseñado para ayudar a los equipos de evaluación en la recopilación y la presentación de sus resultados, conclusiones y recomendaciones para cada establecimiento en particular.
 - El *Informe de evaluación a nivel de país*: Este documento está diseñado para ayudar a los equipos de evaluación en la recopilación y presentación de sus resultados, conclusiones y recomendaciones para los países.

³ Para esta traducción al español se utiliza el término “usuario” con el significado de usuario del respectivo establecimiento (“service user” en inglés). Al mismo tiempo, la palabra “usuario” se utiliza en forma general para ambos géneros, implicando tanto usuarias como usuarios.

3 ¿Quién puede hacer uso del instrumento?

El instrumento puede ser utilizado por diversos grupos y organizaciones nacionales e internacionales. Se puede dar uso para una evaluación única o como parte de un programa nacional para mejorar los establecimientos.

Organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales de derechos humanos

Una serie de organismos internacionales y regionales tienen la competencia para supervisar los derechos humanos en lugares de detención y en otras instituciones. El Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, por ejemplo, el cual fue establecido conforme al Protocolo Opcional de la Convención contra la Tortura de las Naciones Unidas y entró en vigencia en el año 2007, tiene la competencia para visitar lugares de detención, incluidas instituciones de salud mental y de apoyo social, en los países que han ratificado la Convención. De modo parecido, en Europa, el Comité para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Inhumanos o Degradantes, establecido conforme al Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y Trato o Penas Inhumanos o Degradantes (2007) del Consejo de Europa, también visita lugares de detención, incluyendo hospitales psiquiátricos y hogares de apoyo social, para evaluar cómo son tratadas las personas que han sido privadas de su libertad. Tanto el Subcomité de las Naciones Unidas como el Comité Europeo están compuestos por expertos independientes, y ambos ofrecen recomendaciones a los países sobre las medidas efectivas para prevenir torturas y malos tratos.

Algunas organizaciones no gubernamentales internacionales, tales como la Internacional de los Derechos de la Discapacidad (Disability Rights International), el Centro de Defensa para las Personas con Discapacidad Mental (Mental Disability Advocacy Center) y la Iniciativa Global en Psiquiatría (Global Initiative on Psychiatry), han supervisado y emitido informes sobre las condiciones de los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.

Si bien los organismos internacionales de derechos humanos y las organizaciones no gubernamentales pueden desempeñar un papel fundamental para lograr cambios en los establecimientos, ellos no pueden asumir la responsabilidad exclusiva de dicha función. La responsabilidad principal recae en los organismos o mecanismos nacionales.

Organismos y mecanismos nacionales

Diversos organismos y mecanismos nacionales pueden evaluar la calidad y los derechos humanos de un establecimiento de salud mental o de apoyo social.

Organismos y mecanismos nacionales establecidos conforme a los estándares internacionales de derechos humanos

Ciertos instrumentos internacionales de derechos humanos exigen que los países establezcan mecanismos nacionales para promover los derechos humanos. El Artículo 33 de la CDPD, por ejemplo, requiere que los gobiernos establezcan uno o varios mecanismos independientes, con la plena involucración y participación de las personas con discapacidad, para promover, proteger y supervisar la implementación de la Convención.

El Artículo 17 del Protocolo Opcional de la Convención en contra de la Tortura de las Naciones Unidas (ver en Tabla 2 dónde encontrar el instrumento en internet) requiere el establecimiento de uno o varios mecanismos nacionales independientes para la prevención de la tortura. Estos mecanismos tienen el poder de examinar con regularidad el trato que reciben las personas en lugares de detención, realizar entrevistas con los detenidos y hacer recomendaciones a las autoridades competentes acerca de la mejora del trato y las condiciones y la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Instituciones nacionales de derechos humanos

Las instituciones nacionales de derechos humanos son creadas para promover y proteger los derechos humanos. Los Principios de París, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1992, contienen recomendaciones detalladas acerca del papel, la composición, el nivel de atribuciones y las funciones de estas instituciones nacionales. Estas pueden agruparse en dos categorías amplias: comisiones de derechos humanos y *agencias de defensoría del pueblo*.

Las funciones de las *comisiones nacionales de derechos humanos* incluyen el asegurar que las leyes y reglamentos cumplan con las normas internacionales de derechos humanos e investigar las denuncias de violaciones de tales derechos. En algunos países existen comisiones especializadas con el fin de proteger los derechos de los grupos que han estado particularmente expuestos a violaciones de los derechos humanos, incluyendo mujeres, niños, refugiados y grupos de minorías. Muchas comisiones nacionales están obligadas por ley a informar regularmente y en forma directa al poder legislativo.

Las agencias de defensoría del pueblo se encargan de representar los intereses y las preocupaciones de la población mediante la investigación de denuncias. En algunos casos, pueden conducir investigaciones aunque no se haya presentado ninguna denuncia concreta, como por ejemplo, cuando los derechos de todo un grupo han sido violados.

Tanto las *comisiones nacionales de derechos humanos* como las *agencias de defensoría del pueblo* deberían funcionar independientemente del gobierno, de modo de llevar a cabo sus investigaciones con imparcialidad. Ambos se basan en la conciliación o el arbitraje para resolver las quejas, aunque en algunos casos se les otorga un rango casi judicial y disponen de la autoridad para imponer una decisión jurídicamente vinculante.

Tabla 2. Instrumentos importantes de derechos humanos.

Instrumentos de las Naciones Unidas	
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	http://www2.ohchr.org/spanish/law/disabilities-convention.htm
Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	http://www2.ohchr.org/spanish/law/disabilities-op.htm
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	http://www2.ohchr.org/spanish/law/cat.htm
Protocolo Opcional de la Convención en contra de la Tortura	http://www2.ohchr.org/english/law/cat-one.htm
Protocolo Opcional de la Convención en contra de la Tortura	
Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos	http://www.africa-enion.org/official_documents/treaties_%20conventions_%20protocols/banjul%20charter.pdf
Convención Americana sobre Derechos Humanos	http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html
Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad	http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-65.html
Convención Europea por la Protección de los Derechos Humanos y de la Libertad Fundamental	http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm
Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o tratos Inhumanos o Degradantes	http://www.cpt.coe.int/lang/esp/esp-convention.pdf
Otros documentos útiles	
Manual de las Naciones Unidas para parlamentarios sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	http://www.ipu.org/PDF/publications/disabilities-s.pdf
Seguimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades. Una guía para los monitores de derechos humanos	http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Disabilities_training_17EN.pdf
Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. (A/63/175)	http://www.unhcr.org/cgi-bin/txis/vtx/refworld/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48db9a1c2
Nuestro derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Universidad de Essex)	http://www.essex.ac.uk/hrc/research/projects/rth/docs/WEB_SPANISH_Oct07_RtH_8pager.pdf

Comisiones nacionales de salud o salud mental

Algunos países han establecido comisiones nacionales de salud, y algunos han creado comisiones de salud mental. Estos organismos son independientes del gobierno y de los establecimientos de salud. Su propósito es promover estándares elevados y buenas prácticas en la atención de la salud. En algunos países, dichas comisiones han desarrollado estándares que permiten asegurar servicios de buena calidad, a menudo sobre la base de consultas amplias con usuarios y personal de los establecimientos. En algunos países, estas comisiones tienen el mandato de visitar los establecimientos de salud para llevar a cabo evaluaciones independientes de los estándares de los servicios, ya sea sobre la base de quejas que hayan recibido o como parte de un proceso evaluación permanente. Las comisiones nacionales de salud proporcionan orientaciones, basadas en sus evaluaciones, sobre cómo el establecimiento puede mejorar los estándares de atención que ofrece.

Organismos de acreditación de los servicios de salud

Muchos países tienen organismos o agencias de acreditación de los servicios de salud. Al igual que las comisiones de salud, estos son organismos independientes, responsables de evaluar el nivel de cumplimiento de los estándares de atención oficiales en los servicios de salud. Sin embargo, a partir de su evaluación, los organismos de acreditación tienen la función adicional de determinar si acreditan o no a los establecimientos de salud. Cuando un establecimiento recibe acreditación, significa que el servicio cumple con los estándares de calidad requeridos. Este proceso ayuda a garantizar que la calidad sea la piedra angular en la autorización oficial de servicios y establecimientos de salud y salud mental.

Organizaciones no gubernamentales nacionales

Las organizaciones no gubernamentales nacionales, en particular las organizaciones de personas con discapacidades mentales, discapacidades intelectuales o con problemas de abuso de sustancias, así como aquellas que se dedican a temas de derechos humanos, discapacidades o salud mental y abuso de sustancias, también pueden jugar un papel central en la evaluación de la calidad y los derechos humanos en establecimientos de salud mental y de apoyo social. La mayoría de las organizaciones no gubernamentales gozan de autonomía del gobierno y del sistema de salud; estando así en una posición de fortaleza para realizar evaluaciones imparciales, sin temor a la reducción de sus recursos si muestran las deficiencias que encuentren en los establecimientos. Para algunas organizaciones no gubernamentales, el propósito de la evaluación puede consistir en hacer visibles públicamente las condiciones de los establecimientos para impulsar al gobierno a adoptar medidas para mejorarlas. Otras organizaciones pueden efectuar una evaluación con el objetivo de trabajar posteriormente con el establecimiento, el sector salud o el gobierno para mejorar la calidad y las condiciones de los derechos humanos.

Un comité u organismo de evaluación “especializado”

También se puede establecer un organismo o comité dedicado exclusivamente a evaluar la calidad y los derechos humanos en los establecimientos y hogares de apoyo social para personas con discapacidad mental, discapacidad intelectual o con problemas de

abuso de sustancias. En algunos países, se establecen tales organismos (incluidas su composición y atribuciones) a través de una ley de salud mental o de otro tipo de legislación; la ventaja es que así se crea una obligación legal de evaluar regularmente los establecimientos y de informar los resultados y recomendaciones al gobierno. Otra ventaja es que estos comités de evaluación no pueden ser disueltos simplemente por una falta de recursos o porque han revelado información que puede ser incómoda para el gobierno. El trabajo de un comité de evaluación respaldado legalmente se facilita por la obligatoriedad que representa para los prestadores de servicios y por el acceso sin restricciones a todas las dependencias de los establecimientos.

Sin embargo, no es imprescindible disponer de un comité establecido legalmente para lograr una evaluación efectiva, ya que tales organismos pueden también ser constituidos fuera de un marco legal. Estos pueden ser más flexibles que una entidad constituida legalmente, por ejemplo, en cuanto a su composición y a sus términos de referencia. En muchos países, tales organismos han sido establecidos por ministerios de salud u otras estructuras gubernamentales con el fin de mejorar las condiciones en los establecimientos. Una característica fundamental de este tipo de organismos, sean respaldados legalmente o no, es que mantengan la independencia del gobierno y de los establecimientos que sean evaluados.

La decisión acerca de qué organismo realiza las evaluaciones de calidad y de derechos humanos dependerá en parte de los organismos y las estructuras que ya existen en un país. Por ejemplo, si existe una comisión nacional de derechos humanos que cumple con el requisito de independencia, atribuciones y experiencia para evaluar establecimientos, puede ser aconsejable aprovechar esta estructura. Cuando no existe un organismo apropiado, puede ser necesario constituir un comité de evaluación “especializado”. La elección del organismo o mecanismo también depende del objetivo de la evaluación y de cómo serán usados los resultados obtenidos.

4 Constituir el equipo de gestión del proyecto y fijar los objetivos

El primer paso en la implementación de *Calidad y Derechos de la OMS* es organizar un equipo central de personas que será responsable de supervisar el proyecto, entregar orientación a la comisión que llevará a cabo la evaluación (ver sección 6), gestionar y coordinar la evaluación, comunicar los resultados y continuar con las acciones que sean pertinentes.

El equipo de gestión de proyecto puede incluir representantes del ministerio de salud, otros ministerios pertinentes (por ejemplo, de bienestar social), representantes de organizaciones de personas con discapacidades mentales, organizaciones de familiares, comisiones u organizaciones nacionales de derechos humanos o de salud, así como profesionales de salud, de salud mental y del ámbito jurídico.

Se le debe entregar al equipo de gestión la autoridad suficiente para ejecutar el proyecto de evaluación de manera efectiva. En algunos contextos, por ejemplo, esto puede requerir un reconocimiento oficial de las atribuciones del equipo para conducir las evaluaciones de establecimientos de salud mental y apoyo social en el país por parte del ministro de salud, el ministro de bienestar social u otro organismo del gobierno. El nombramiento de representantes de alto nivel para el equipo de gestión puede ser un medio eficaz de asegurar la autoridad necesaria.

Otro medio para garantizar la autoridad suficiente del equipo de gestión es nombrar un consejo asesor compuesto por altos representantes del gobierno (por ejemplo, parlamentarios o personal directivo de las comisiones nacionales de salud o instituciones de derechos humanos) y los directivos de las organizaciones de personas con discapacidad y organizaciones de familiares y profesionales. Un consejo asesor de alto nivel puede servir el doble propósito de asesorar al equipo de gestión en la ejecución del proyecto y dar el “peso” político necesario para llevar a cabo su labor sin obstáculos.

El equipo de gestión debe fijar los objetivos de la evaluación. ¿Es el objetivo principal la evaluación y mejora de todos los establecimientos de hospitalización y ambulatorios del país, o se limitará el proyecto solamente a los establecimientos de hospitalización? ¿Es su propósito entregar información para la generación de políticas y legislación o, en caso de que estas ya existieran, fortalecer su implementación? Los objetivos de la evaluación ayudarán a definir el marco y la manera de comunicar los resultados.

5

Determinar el método de la evaluación

Una vez que se ha determinado el propósito de la evaluación, el equipo de gestión deberá considerar una serie de asuntos antes de iniciar la evaluación.

Determinar el ámbito de la evaluación

Desde el inicio del proyecto, el equipo de gestión debe determinar y acordar el ámbito de la evaluación.

En primer lugar, ¿qué tipo de establecimientos o servicios serán evaluados? Por ejemplo, ¿se focalizará la evaluación en servicios para un grupo determinado de personas: personas con discapacidades mentales, personas con discapacidades intelectuales, personas con discapacidades neurológicas, personas con trastornos por consumo de sustancias, adultos, niños o ancianos? ¿Se pondrá el foco en los establecimientos residenciales (por ejemplo, hospitales psiquiátricos, unidades psiquiátricas en hospitales generales, hogares de apoyo social) o en los establecimientos ambulatorios (por ejemplo, centros de atención diurna, servicios comunitarios, clínicas de atención primaria, atención ambulatoria brindada por hospitales generales, centros de rehabilitación)? ¿O se evaluarán tanto los establecimientos de hospitalización como los ambulatorios? En la Tabla 3 se enumeran algunos tipos de servicios que podrían ser considerados para la evaluación.

Tabla 3. Tipos de servicios a considerar para la evaluación

Tipo de establecimiento:	Establecimiento que brinda servicios para:
Hospital psiquiátrico	Adultos
Unidad psiquiátrica en hospital general	Niños
Servicios ambulatorios (incluyendo centros comunitarios de salud mental o de abuso de sustancias, centros de atención primaria o atención ambulatoria brindada por hospitales generales)	Adultos Mayores
Centros de rehabilitación	Trastornos por consumo del alcohol
Centros de atención de día	Trastornos por consumo de sustancias
Hogar de apoyo social (incluyendo orfanatos, hogares para adultos mayores, hogares para niños con discapacidades intelectuales y de otro tipo, y otros tipos de hogares para "grupos de personas")	Trastornos mentales
	Discapacidades intelectuales
	Trastornos neurológicos

Además, se deberá determinar el ámbito geográfico de la evaluación. ¿Se hará en todo el país? ¿Se focalizará en una o dos regiones o distritos del país? ¿O quizás se evaluarán sólo uno o dos establecimientos? Si se trata de una evaluación a nivel nacional o de distrito, ¿serán evaluados todos los establecimientos del país o distrito? O como alternativa, ¿se obtendrá una visión global de las condiciones de los establecimientos del país o distrito a partir de la evaluación de un número pequeño de establecimientos (que sean lo suficientemente representativos para reflejar las condiciones en el país)?

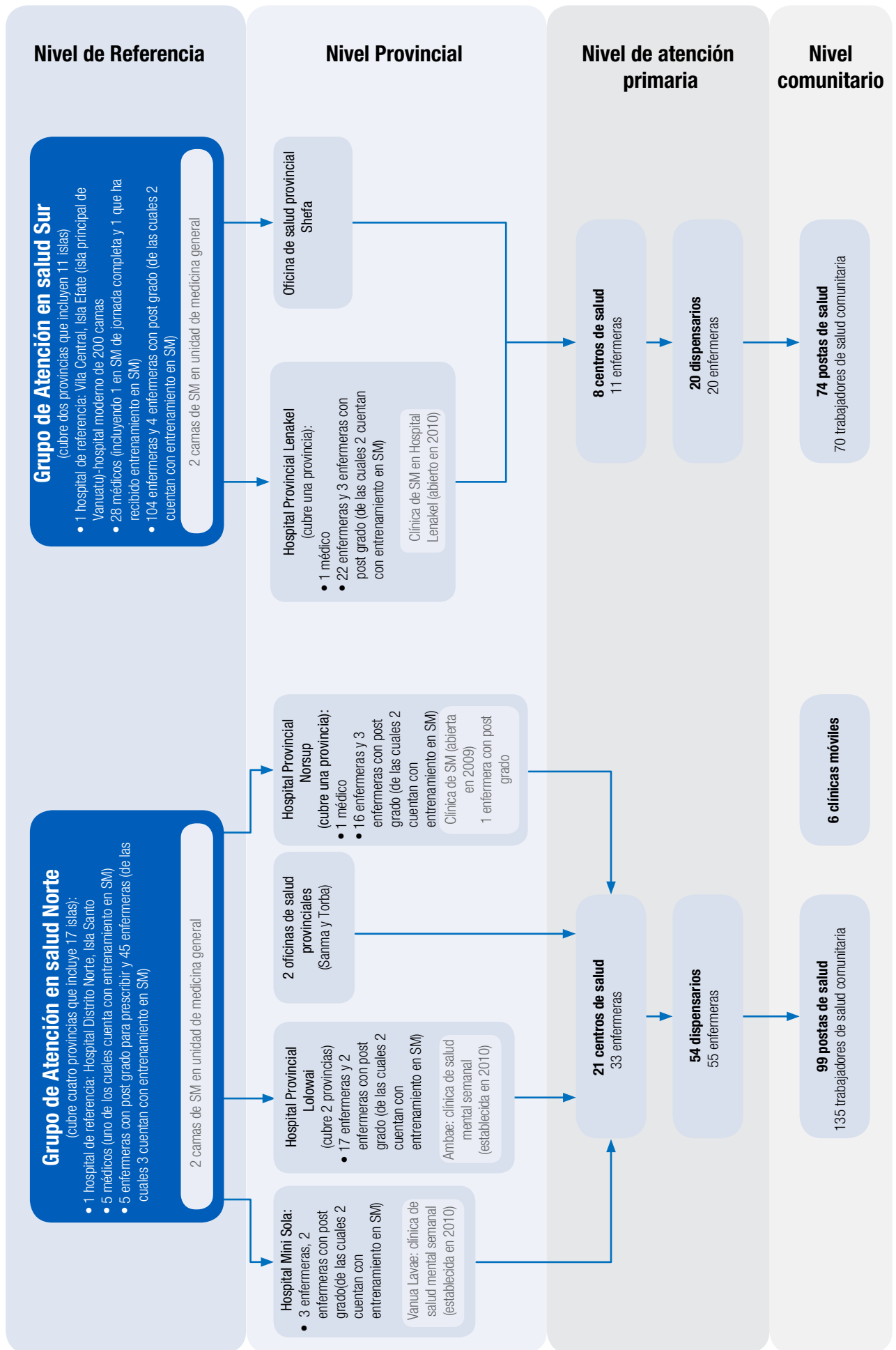
Comprender la organización de los servicios en el país

Para determinar el ámbito de la evaluación es importante entender cómo es la organización de los establecimientos o servicios de salud mental y de salud general en el país. El equipo de gestión deberá, por lo tanto, trazar un mapa de los servicios pertinentes de todo el país, con información sobre el organismo responsable de cada uno de ellos. Considerando que diferentes sectores pueden ser responsables de diferentes servicios, puede ser necesario indicar en el mapa no sólo los servicios de salud mental del país, sino que también los servicios de tratamiento de abuso de sustancias (si es que son independientes de la salud mental), y los servicios relevantes brindados por el sector de los servicios sociales (por ejemplo, en algunos países, están a cargo de hogares de apoyo social y otros tipos de hogares para grupos de personas). La figura 2 da un ejemplo de cómo hacer un mapa de los servicios de salud mental y de salud general de un país.

El mapeo es importante por varias razones:

- Ayuda a determinar el/los sector(es) con los que se deberá trabajar para realizarla evaluación. Por ejemplo, además del ministerio de salud, puede ser necesario contactar al ministerio de bienestar social para obtener su aprobación para realizar la evaluación en los establecimientos de los cuales es responsable.
- La elaboración del mapa puede también ayudar a asegurar que ningún establecimiento sea pasado por alto en la evaluación. Por ejemplo, si el propósito del proyecto es evaluar todos los establecimientos de hospitalización y ambulatorios de salud mental y de apoyo social en el país, el mapeo ayudará a asegurar que todos estos establecimientos sean identificados y evitará pasar por alto un determinado tipo de establecimiento (por ejemplo, servicios de salud mental de las fuerzas armadas o servicios del sector privado).
- El mapeo también ayuda a determinar la magnitud de la evaluación y lo que es posible hacer en forma realista. Por ejemplo, después de mapear todos los establecimientos, el equipo de gestión podría decidir que no es factible evaluar los establecimientos de hospitalización y ambulatorios al mismo tiempo y que, como un primer paso, la evaluación debería concentrarse solamente en los establecimientos ambulatorios.
- El mapeo de los servicios también puede ayudar a garantizar que la evaluación refleje las condiciones de los establecimientos en la totalidad del país. Por ejemplo, si el propósito es evaluar sólo algunos establecimientos que entreguen una visión general de las condiciones de todo el país, el mapeo ayudará a identificar el número y la variedad de establecimientos lo suficientemente diversos y a asegurar que ellos se sitúen en distintas partes del país, incluyendo áreas urbanas y rurales.

Figura 2. Estructura organizacional de los servicios de salud mental (SM) en el sistema de salud general de Vanuatu (2011)



Seleccionar los establecimientos para la evaluación

Una vez definido el ámbito y de haber elaborado un mapa de los servicios o establecimientos pertinentes en el país, el equipo de gestión deberá seleccionar cuáles van a ser evaluados. Como se mencionó anteriormente, pueden evaluarse todos los establecimientos del país, o se puede evaluar una selección aleatoria de ellos para obtener una visión de la calidad y los derechos humanos en estos servicios.

Para ayudar en la toma de esta decisión, podría ser de utilidad tener en cuenta el número de establecimientos en cada categoría. Por ejemplo, si sólo hay 3 unidades de salud mental en los hospitales generales, se podrían seleccionar todas. Si hay 10 unidades de salud mental en los hospitales generales, al menos 5 podrían ser seleccionadas para obtener una muestra representativa.

Es importante asegurarse que todas las áreas de un establecimiento sean evaluadas. Por ejemplo, muchos hospitales psiquiátricos grandes tienen varias unidades o servicios (unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados crónicos, unidad forense, servicios ambulatorios), y cada una de ellas debe ser evaluada.

Es importante tener presente que las unidades de un establecimiento pueden diferir drásticamente entre sí. Por ejemplo, las condiciones pueden ser buenas en una unidad de cuidados crónicos para mujeres en un hospital psiquiátrico, mientras que pueden ser muy pobres en la unidad de cuidados intensivos para hombres en el mismo hospital. En esta situación, podría ser difícil evaluar el establecimiento como una sola entidad, pues las condiciones son muy variables; si se saca un promedio de las evaluaciones de las distintas unidades se diluyen tanto las condiciones buenas como las malas del establecimiento. En este caso, por lo tanto, podría ser necesario evaluar, calificar y hacer un informe de cada unidad por separado.

Evaluación de establecimientos de salud general como un parámetro de comparación

Con el fin de realizar una evaluación efectiva de las condiciones en establecimientos de salud mental y de apoyo social, es importante tener un parámetro de comparación. Una forma útil de comparación es con los establecimientos de atención de salud general en el mismo país. La comparación entre establecimientos de salud mental y apoyo social de dos países diferentes es poco probable que sea de utilidad, puesto que los contextos nacionales diferirán (por ejemplo, los recursos dedicados a la salud y otros factores). La evaluación de establecimientos de salud mental y de apoyo social en comparación con establecimientos de salud general en el mismo país permite una comparación de mayor validez, puesto que el contexto nacional es el mismo.

Por lo tanto, es fundamental que el comité (o los comités, según la escala de la evaluación) visite también los establecimientos de atención de salud general. Estas visitas permiten al comité determinar si las personas que usan los establecimientos de salud mental y apoyo social reciben realmente los mismos estándares de atención de salud y respeto a sus derechos que las personas que utilizan servicios de atención de salud generales.

Idealmente, se debería visitar un establecimiento de atención de salud general por cada categoría de establecimiento de salud mental y de abuso de sustancias que se evalúe. Por ejemplo, si se evalúan los establecimientos de hospitalización de salud mental, se debería visitar también un establecimiento de hospitalización para un problema de salud "general" (por ejemplo, una unidad de oncología en un hospital general). Si se evalúan los establecimientos ambulatorios de salud mental, el comité debería también visitar un establecimiento ambulatorio de salud general.

Cuando participa más de un comité en la realización de las evaluaciones (por ejemplo, para evaluaciones a nivel de distrito o de país,) cada comité debería visitar el mismo establecimiento o establecimientos de atención de salud general con el objetivo de reducir la subjetividad de los resultados provenientes de diferentes comités y permitir que todos tengan el mismo parámetro de comparación.

La evaluación de establecimientos de salud general no requiere ser larga, pero debería ser tan detallada como el comité estime. Por ejemplo, puede implicar las tres actividades de evaluación -- observación del establecimiento, revisión de la documentación y entrevistas con los usuarios -- o sólo una o dos de estas actividades. Cuando se evalúen los establecimientos de hospitalización, el comité debería realizar al menos el componente de observación. Cuando se evalúen establecimientos ambulatorios, como mínimo se deberían hacer las entrevistas con los usuarios. En cualquier caso, el comité debería registrar sus resultados en los formularios de informes de *Calidad y Derechos de la OMS* y analizar en el informe final cualquier diferencia en los resultados entre los establecimientos de salud mental y los de salud general.

Seleccionar los temas para la evaluación

Como se ha indicado anteriormente, el *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS* comprende cinco temas:

- el derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 28 de la CDPD);
- el derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (Artículo 25 de la CDPD);
- el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona (Artículos 12 y 14 de la CDPD);
- protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (Artículos 15 y 16 de la CDPD);y
- el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (Artículo 19 de la CDPD).

El equipo de gestión tiene que decidir si se evalúan los cinco temas o si se seleccionan unos pocos temas específicos. Se recomienda la evaluación de los cinco temas, para garantizar que sea exhaustiva e integral, aunque según el contexto específico de un país se puede seleccionar un número menor de temas. Existe un grado de superposición entre los estándares y criterios que pertenecen a diferentes temas, dado que muchos conceptos están interconectados. Por ejemplo, los estándares 2.3 y 3.1 abordan planes de recuperación que reflejen las preferencias y elecciones de los usuarios, ya que este asunto es relevante tanto para el derecho a la salud (cubierto en el tema 2) como para el derecho a ejercer la capacidad jurídica (cubierto en el tema 3).

Determinar cuáles y cuántas personas entrevistar de cada establecimiento

El equipo de gestión tiene que determinar el número de usuarios, integrantes de la familia⁴ y personal que será entrevistado en cada establecimiento. La *Herramienta de entrevista de Calidad y Derechos de la OMS* incluye preguntas dirigidas a los tres grupos, y es importante tener una muestra de todos ellos, puesto que cada uno tiene una perspectiva diferente y puede aportar información vital y complementaria para la evaluación. Las entrevistas deben llevarse a cabo con una selección amplia de personas asociadas con el establecimiento, por ejemplo con usuarios que sean de distintas edades, distintos géneros, distintos diagnósticos y distintos orígenes étnicos, y recibiendo servicios de diferentes unidades o secciones del establecimiento, personas que hayan sido ingresadas recientemente como también aquellas que ya lleven allí algún tiempo, y, en el caso de establecimientos de hospitalización, usuarios que están en el establecimiento voluntariamente así como los que lo están sin su consentimiento. Para la entrevista, se deben identificar familiares de usuarios de un amplio rango de categorías. En algunos contextos, puede ser también adecuado entrevistar a amigos o miembros de la red de apoyo del usuario.

Se debe entrevistar a las diferentes categorías de personal, incluyendo el director del establecimiento, auxiliares de enfermería, enfermeros/as, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud. La selección debe incluir tanto personal que

⁴ En todo este documento, el término “integrantes de la familia” es usado incluyendo también a amigos y cuidadores.

ha estado en el establecimiento desde hace algún tiempo como aquellos que son nuevos. También puede ser útil entrevistar al personal de limpieza, de la cocina, de seguridad, a los conserjes y otros miembros del personal que se considere pertinente.

El número de personas entrevistadas depende del número de usuarios y de personal asociado con el establecimiento, del tamaño de este y del número de unidades que comprende. El método a ser utilizado por el equipo de gestión para determinar el número de usuarios, familiares y miembros del personal es similar al método para seleccionar el número de establecimientos a ser evaluados. El Anexo 5 entrega orientaciones para determinar los tamaños de la muestra para las entrevistas; por ejemplo:

- Si sólo seis usuarios reciben atención en un establecimiento, todos ellos deberían ser entrevistados (100%).
- Si hay 16 usuarios, alrededor de ocho deberían ser entrevistados (50%) como mínimo.
- Si hay 40 usuarios o más, al menos 12 deberían ser entrevistados (aproximadamente 30%).
- El número de entrevistas a realizar con los integrantes de la familia puede ser determinado dividiendo por dos el número de entrevistas previstas con los usuarios. En cada uno de los escenarios anteriores, por lo tanto, el número de miembros de la familia a entrevistar sería tres (50% del número de usuarios), cuatro (50%) y seis (50%).
- El número de miembros del personal se puede determinar en base a las mismas proporciones utilizadas para los usuarios.

Aunque el número y las categorías del personal y de usuarios a ser entrevistados pueden ser determinados antes de la evaluación, las personas a ser entrevistadas deben ser seleccionadas al azar por el comité de evaluación en el momento de visitar el establecimiento. Debe tenerse en cuenta el estado de salud de las personas antes de entrevistarlas.

Las cifras anteriores son sólo ejemplos, y cada equipo de gestión determinará cuántas entrevistas deben llevarse a cabo en el contexto de cada establecimiento. El principio orientador es obtener suficiente información de la revisión de la documentación, observación y entrevistas para tener una visión precisa de las condiciones del establecimiento. La muestra de personas entrevistadas debe ser lo suficientemente grande como para garantizar su anonimato. Si, por ejemplo, se entrevistan muy pocos miembros del personal y usuarios, los individuos podrían ser identificados en el informe, teniendo tal vez consecuencias negativas para ellos. Cuantas más personas se entrevisten, más difícil es vincular respuestas específicas a individuos particulares.

Una vez que se ha obtenido una idea clara del establecimiento a partir de la revisión de la documentación, observación y primeras entrevistas, podría no ser necesario realizar entrevistas adicionales. Este puede ser el caso con las instituciones grandes. Por ejemplo, el comité puede decidir entrevistar a 100 usuarios (es decir 30%) de un establecimiento grande; sin embargo, si se tiene una imagen clara de las condiciones en el establecimiento después de 30 entrevistas con los usuarios, podría no ser necesario entrevistar a otros 70.

6 Establecer el/los comité(s) de evaluación y su método de trabajo

Una vez decidido el ámbito de la evaluación y el número de establecimientos que serán evaluados, el equipo de gestión debe determinar el número de comités de evaluación que serán necesarios. En algunos contextos (por ejemplo, países pequeños o cuando se están evaluando sólo uno o dos establecimientos), se puede necesitar sólo un comité. En otros contextos (por ejemplo, para evaluaciones a nivel nacional o de distrito), será necesario disponer de varios comités.

El equipo de gestión también determinará el método de trabajo de los comités de evaluación. Cuando se necesitan varios comités, un país puede decidir tener un comité central, con comités auxiliares para realizar evaluaciones en las regiones o distritos. Los comités auxiliares deben informar al equipo de gestión, el cual es responsable de la estandarización de los datos y de comunicar la información a la autoridad pertinente. Esta actividad debe involucrar, en la medida de lo posible, a los miembros independientes del equipo de gestión.

Seleccionar a los miembros de los comités de evaluación

El equipo de gestión debe decidir sobre los miembros de los comités de evaluación. Un principio fundamental en la formación de un comité es que las personas seleccionadas sean independientes del gobierno y de los establecimientos que se están evaluando. El comité también debe ser multidisciplinario, reuniendo personas con diversas habilidades y experiencias.

Las evaluaciones de establecimientos para personas con discapacidad mental, discapacidad intelectual y con problemas de abuso de sustancias deben incorporar a las personas con esas discapacidades. Su experiencia y su perspectiva son esenciales y ayudan a asegurar que las preocupaciones de los usuarios sean identificadas y abordadas.

El comité también debe incluir a profesionales de salud con experiencia en salud mental y/o abuso de sustancias que puedan evaluar la calidad de la atención y el tratamiento en los establecimientos. Idealmente, uno o más de los profesionales de salud deben tener experiencia con una variedad de dispositivos de salud, de modo que puedan comparar las condiciones y la paridad entre los establecimientos de salud mental o de abuso de sustancias y establecimientos de atención de salud general.

Los abogados y los defensores de derechos humanos son también importantes miembros del comité, ya que pueden aportar conocimientos en asuntos relacionados con la legislación y los derechos de las personas con discapacidad. Los representantes de las familias y los cuidadores y los trabajadores sociales también aportan conocimientos y experiencia útiles para una evaluación.

Dependiendo del país, puede ser apropiado incluir a otras personas en el comité, tales como líderes religiosos o de la comunidad y miembros de la sociedad civil con un compromiso con la mejora de los derechos de las personas con discapacidad.

Los miembros del equipo de gestión pueden también formar parte de un comité de evaluación, siempre que sean independientes del gobierno y de los establecimientos y no tengan ningún conflicto de interés en la realización de la evaluación.

Para la selección de los miembros del comité se debe considerar el género, el grupo étnico, la raza, la discapacidad y el equilibrio de las distintas culturas. Otras características deseables para los miembros del comité: interés en promover los derechos de las personas con discapacidad; respeto a la capacidad que tienen las personas con discapacidad para tomar decisiones y elegir por sí mismas; sensibilidad hacia la diversidad nacional étnica, política, religiosa, cultural, social y económica; buenas habilidades comunicacionales; y la capacidad de ser empático y de ejercer la imparcialidad.

Determinar las diferentes funciones de los miembros del comité

El equipo de gestión debe decidir quién será responsable de los diferentes aspectos de la evaluación, incluyendo:

- coordinación, para las reuniones del comité, visitas a los establecimientos y el trabajo posterior;
- observación de las condiciones en los establecimientos;
- revisión de la documentación;
- realización de las entrevistas;
- redacción del informe(s) de la evaluación, incluyendo el análisis de los resultados y la elaboración de informes después de las visitas; y
- abordar preguntas, preocupaciones o quejas después de una visita a un establecimiento, manteniendo contactos con los usuarios y el personal.

Algunos miembros del comité de evaluación tendrán habilidades, conocimientos y experiencia que les permitan ajustarse a un rol particular. Por ejemplo, algunos pueden tener experiencia en la realización de entrevistas. Los miembros que han experimentado personalmente una discapacidad pueden desempeñar un papel útil en la realización de entrevistas con los usuarios puesto que pueden lograr una comprensión más profunda de algunos de los problemas y pueden obtener la confianza de los usuarios. Los miembros del comité no deben limitarse a funciones específicas, y probablemente llevarán a cabo diversas actividades durante la evaluación. Más bien, las diferentes fortalezas de los miembros del comité deben guiar las decisiones sobre la asignación de funciones y responsabilidades.

7

Capacitar a los miembros del/de los comité(s) de evaluación

Los miembros del comité de evaluación tienen que recibir una capacitación sobre el uso del *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS para evaluar y mejorar la calidad y los derechos humanos en establecimientos de salud mental y de apoyo social*, así como sobre asuntos de derechos humanos y calidad. Es probable que el equipo de gestión tenga las competencias para efectuar la capacitación. Además, se puede considerar la alternativa de utilizar un equipo de capacitadores externos con experiencia en el tema para realizar parte de la capacitación. Estos podrían incluir a representantes de organizaciones de personas con discapacidad mental, de instituciones nacionales de derechos humanos o de organizaciones no gubernamentales de derechos humanos. Del mismo modo, se puede solicitar a representantes de la comisión nacional de salud o de otro organismo pertinente que participen en la capacitación con algunos temas de calidad.

Para preparar la capacitación, el equipo de gestión debe familiarizarse con cada componente del *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS*: este manual; las herramientas de entrevista y de observación y revisión de la documentación; y los formularios de informe a nivel de establecimiento y a nivel de país.

El comité de evaluación debe comprender los derechos de las personas con discapacidad mental, discapacidad intelectual y problemas de abuso de sustancias. En particular, el comité debe tener en cuenta los instrumentos internacionales que el país ha ratificado, los cuales fijan las obligaciones legales del gobierno. Los miembros deben estar familiarizados con la CDPD, la cual describe los derechos de las personas con discapacidad. Otras normas internacionales con las que tienen que estar familiarizados son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y los instrumentos regionales africanos, interamericanos y europeos sobre derechos humanos, así como también un número de documentos (no vinculantes) que brindan una guía útil acerca de los derechos de las personas con discapacidades (ver Tabla 2 en la página 20).

Los miembros del comité también deben estar familiarizados con las políticas nacionales pertinentes, planes y leyes relacionados a la salud mental, uso de sustancias y discapacidad y con la legislación anti-discriminación y la constitución nacional. Esto les permitirá determinar si dichas políticas, planes y leyes se están cumpliendo. En muchos países, las políticas, planes y leyes son anticuados, y esto puede impedir servicios de buena calidad y violar los derechos humanos. La evaluación puede identificar los problemas y

las brechas existentes en los documentos nacionales, y los miembros del comité pueden incluir recomendaciones en su informe para disminuir esas brechas.

También es útil la familiarización con artículos de revistas internacionales y nacionales, artículos de prensa e informes de organizaciones no gubernamentales y de otro tipo sobre las condiciones en los establecimientos y sobre los derechos de las personas con discapacidad.

8

Determinar las atribuciones del/de los comité(s) de evaluación

Un comité alcanza su máxima efectividad cuando tiene el mandato oficial para realizar la evaluación. Dicha atribución podrá ser conferida por el líder del país (presidente o primer ministro) o por el ministerio de salud u otro ministerio pertinente. Alternativamente, dicha atribución podría establecerse en la legislación (por ejemplo, en una ley de salud mental que contenga disposiciones para la inspección de los establecimientos) o en el mandato del organismo responsable de la evaluación (por ejemplo, una comisión nacional de derechos humanos).

Dicha atribución permite trabajar a los miembros del comité sin interferencia o influencia externa y sin temor a las repercusiones negativas para ellos mismos o para aquellos que les proporcionen información, independiente de los resultados de la evaluación. También permite al comité visitar y observar cualquier establecimiento sin obstrucción, obtener acceso ilimitado a todas las partes de dichos establecimientos y realizar entrevistas con cualquier persona que considere pertinente, mientras esté garantizando su anonimato y confidencialidad.

En algunos casos, el gobierno (por ejemplo, el ministerio de salud) o el establecimiento mismo, pueden “encargar” una evaluación, para, por ejemplo, mejorar la calidad. Si bien esto puede requerir la participación de representantes del gobierno o de personas vinculadas al establecimiento (por ejemplo, en la coordinación de la evaluación o facilitando el acceso), la evaluación en sí misma (es decir, las visitas y entrevistas con informantes) así como el análisis y el informe de los resultados, deben ser realizados por personas totalmente independientes, que no posean conflictos de interés.

El comité de gestión también debe gestionar el acceso a los establecimientos. Cuando una evaluación ha sido “encargada” por un organismo gubernamental (por ejemplo, el ministerio de salud o el ministerio de bienestar social) o por el mismo establecimiento, el acceso es expedito. Cuando este no es el caso, el equipo de gestión tiene que conseguir la autorización del organismo gubernamental pertinente para realizar la evaluación. Dicho organismo debe reconocer la atribución del comité para llevar a cabo la evaluación, incluida su autoridad para efectuar visitas no anunciadas, y deberá informar a los establecimientos que pueden ser evaluados.

9 Preparar los formularios de consentimiento y obtener aprobación ética

Se debe obtener el consentimiento por parte del personal, los usuarios y los integrantes de la familia que participan en la evaluación antes de realizar las entrevistas. Por lo tanto, se debe preparar un formulario de consentimiento, el cual proporciona información sobre la evaluación y sobre la confidencialidad de la entrevista, que será firmado por los entrevistados. También se debe obtener el consentimiento en caso de que la entrevista sea grabada en audio o video, y se debe respetar los deseos de las personas entrevistadas si estas se niegan. Si los entrevistadores desean tomar fotografías de cualquier signo aparente de violencia física en los usuarios (por ejemplo, moretones, cortes), requieren también el consentimiento informado del usuario. El Anexo 6 ofrece un ejemplo de un formulario de consentimiento, el cual puede ser adaptado y traducido para uso nacional.

La protección de la confidencialidad y el anonimato de las personas entrevistadas son cruciales para asegurar que no haya repercusiones negativas como resultado de la evaluación. Por lo tanto, es importante que todos los formularios de consentimiento, grabaciones de audio o video, fotografías y otros documentos que puedan revelar la identidad de los entrevistados, se mantengan en un lugar seguro, al que sólo puedan acceder los miembros del comité de evaluación.

Algunos países exigen la autorización de un comité nacional de ética antes de un proyecto de evaluación. Cuando se requiera de la aprobación ética, el equipo de gestión debe seguir los procedimientos requeridos por su organismo nacional de ética para obtener la autorización necesaria.

10 Programar y llevar a cabo la evaluación

Visitas anunciadas frente a visitas no anunciadas

Cuando sea posible, el comité de evaluación debe realizar visitas no anunciadas a los establecimientos. Si el personal del establecimiento conoce previamente la fecha y la hora de la visita, podría prepararse mediante la “limpieza” del establecimiento para que los miembros del comité experimenten una versión “saneada” del mismo, en lugar de verlo en las condiciones reales. Las visitas sin previo aviso aseguran que los miembros del comité vean las condiciones tal como son experimentadas por las personas en el establecimiento todos los días.

Visitas a diferentes horas del día

Si es posible, se deben hacer varias visitas al mismo establecimiento en diferentes momentos del día, para que los miembros del comité puedan observar las condiciones en la mañana, tarde y noche.

Presentar al comité y explicar el proyecto de evaluación

Antes de comenzar la visita, el comité debe reunirse con el personal del establecimiento y los usuarios y, cuando sea posible, integrantes de la familia, para explicar el propósito de la evaluación y de su visita y para describir lo que van a hacer y lo que esperan lograr.

El comité debe tratar de establecer un ambiente de alianza y cooperación con el personal, los usuarios e integrantes de la familia. El personal puede sentirse incómodo a causa de la evaluación, temiendo que su trabajo esté siendo evaluado y juzgado. Los usuarios y los integrantes de la familia también pueden desconfiar de la evaluación y temer repercusiones si participan en las entrevistas. Por lo tanto, el comité debe esforzarse por promover un espíritu de colaboración, enfatizando el hecho de que todos los participantes tienen un objetivo común - mejorar las condiciones en el establecimiento - y que esto sólo se puede lograr con el aporte y la participación activa de todos. Sin embargo, el equipo de evaluación no debe crear expectativas falsas acerca de lo que la evaluación puede lograr, y deben dejar claro que es poco probable que las condiciones mejoren de inmediato y que ellas sólo pueden mejorar después de un cierto tiempo.

El comité de evaluación puede preparar un folleto para repartirlo al personal, usuarios y familias, describiendo la información anterior.

11

Observar los establecimientos

La observación es fundamental para evaluar las condiciones en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. La Herramienta de revisión de documentos y de observación de *Calidad y Derechos de la OMS* proporciona una guía para los miembros del comité sobre lo que deben observar durante su visita a los establecimientos e incluye un espacio para anotar lo que se observe.

Los miembros del comité deben realizar observaciones en todas las partes de un establecimiento. En el caso de los servicios de hospitalización, por ejemplo, las observaciones deben realizarse en las unidades de agudos y crónicos, los dormitorios en las unidades de hombres y mujeres, habitaciones de aislamiento, habitaciones en las que se administra la terapia electroconvulsiva, salas de terapia ocupacional, la cocina, zona de comida, inodoros y cuartos de baño.

La observación no debe limitarse a un examen de las condiciones físicas; sino que también debe incluir lo que sucede en el establecimiento. Por ejemplo, al visitar servicios de hospitalización y ambulatorios, el comité de evaluación debe observar las interacciones entre el personal y los usuarios con el fin de determinar si los usuarios están siendo tratados con dignidad y respeto y si se respetan sus derechos y su capacidad jurídica. Por lo tanto, como parte de la observación, los miembros del comité deben presenciar las sesiones entre el personal y los usuarios, incluyendo:

- consultas de los usuarios con el personal: ¿Participan los usuarios en la preparación de su plan de recuperación? ¿Pueden expresar sus opiniones y decisiones relativas a su tratamiento, y son estas respetadas? ¿O es el personal el que toma estas decisiones en nombre de ellos?
- sesiones de rehabilitación: ¿Se limita el personal a dar una charla a los usuarios en estas sesiones, o los usuarios participan activamente en el desarrollo de habilidades?

Consejos para la observación

Las observaciones se deben realizar con los cinco sentidos.

Mirar. En los establecimientos de hospitalización, observe cuidadosamente las condiciones físicas y evalúe si estas son aceptables. Por ejemplo, ¿están limpias las instalaciones del inodoro y del baño? ¿Ofrecen suficiente privacidad los dormitorios de los usuarios? ¿Hay hacinamiento? Tanto en establecimientos de hospitalización como ambulatorios, observe las interacciones y relaciones entre el personal y los usuarios. ¿Se les habla a los usuarios y se les trata con dignidad y respeto?

Oler. Esté alerta a los diferentes olores en los establecimientos de hospitalización. Por ejemplo, ¿tienen olor los inodoros? Los malos olores pueden indicar que los inodoros no funcionan o que no se limpian con regularidad y son, por lo tanto, antihigiénicos y posiblemente peligrosos.

Tocar. Toque la ropa de cama para determinar si es de calidad adecuada y si es apropiada para el clima. Sienta por sí mismo si la temperatura ambiente en las diferentes partes del establecimiento es cómoda o demasiado caliente o demasiado fría. Abra la llave de agua para determinar si hay agua caliente. No es suficiente preguntar si hay ropa de cama adecuada, calefactores o ventiladores en los dormitorios, o si hay agua caliente. Usted mismo debe comprobarlo.

Escuchar. Los sonidos en un establecimiento, o a veces su ausencia, pueden también ser reveladores. ¿Hay gritos o alaridos de los usuarios? Si es así, trate de determinar por qué y qué se está haciendo al respecto. ¿Es el volumen de la música o un televisor molesto para los usuarios? ¿Hay silencio en el establecimiento, y, si es así, indica esto un ambiente represivo en el que los usuarios son reacios a comunicarse entre sí, con visitantes o con miembros del personal?

Probar. A veces la comida entregada a los usuarios en los establecimientos no es apta para el consumo. Por lo tanto, pruebe la comida para juzgar si tiene buen sabor y si es comestible.

12 Examinar la documentación del establecimiento

La revisión de la documentación es una parte importante de la evaluación. La Herramienta de revisión de documentos y de observación de *Calidad y Derechos de la OMS* es una guía para los miembros del comité respecto a los tipos de documentación a ser revisados en la evaluación. La documentación puede dividirse en cuatro categorías amplias:

- políticas del establecimiento, guías, normas y otras directrices oficiales;
- registros administrativos (por ejemplo, número y categorías de personal, número, edad y género de los usuarios, registros de ingresos y altas);
- registros de eventos específicos (por ejemplo quejas, apelaciones contra la admisión y tratamiento involuntarios, incidentes de robo, abuso, muertes) e
- historias clínicas o fichas de los usuarios.

Las políticas, guías, normas y otras directrices oficiales del establecimiento son una importante fuente de información sobre temas relacionados con la calidad del servicio, las condiciones en el establecimiento y los derechos humanos de los usuarios. La ausencia de políticas del establecimiento para un área específica es a menudo un indicador de que las normas pertinentes no se están cumpliendo; por lo que es importante evaluar cuidadosamente esa área. Por ejemplo, si el establecimiento no tiene directrices relativas a la administración de la terapia electroconvulsiva, es bien probable que no se esté obteniendo el consentimiento informado de los usuarios para este procedimiento. Este aspecto debe ser examinado más a fondo durante las entrevistas y la observación.

Las políticas, guías, normas y otras directrices oficiales del establecimiento pueden promover o violar los derechos humanos y las normas de calidad. Al analizar estos documentos, los miembros del comité deben basarse en su conocimiento de las normas internacionales y nacionales sobre derechos humanos para evaluar si los documentos son coherentes con dichas normas.

Aún cuando las políticas del establecimiento se ajusten a las normas de calidad y de derechos humanos, no hay garantía de que se respeten, y es responsabilidad del comité de evaluación, durante las entrevistas y observación, evaluar el grado de cumplimiento de las políticas en la práctica. Cuando una política del establecimiento no se haya implementado, se deben determinar las razones de ello. Por ejemplo, la falta de implementación de las políticas podría indicar una mala gestión o falta de capacitación del personal. Las buenas políticas sólo son útiles si están siendo aplicadas; las buenas políticas que no se implementan tienen poco valor.

Los miembros del comité también deben revisar los registros administrativos y documentar la información relevante para la evaluación, incluyendo:

- número de personal por profesión (por ejemplo, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales);
- número de usuarios que reciben atención en el establecimiento;
- número de usuarios femeninos y masculinos;
- el rango de edad de los usuarios; y
- número de usuarios sometidos a tutela.

Entre la información adicional a ser revisada y documentada en relación a los establecimientos de hospitalización se incluye:

- el número de camas en uso;
- el número de usuarios en estado voluntario;
- el número de usuarios en situación involuntaria (admisión y tratamiento); y
- la duración promedio de estancia de todos los usuarios.

La revisión de los documentos administrativos puede proporcionar información importante acerca de los derechos humanos y los asuntos de calidad. Por ejemplo, la revisión podría revelar que el establecimiento carece de suficientes recursos humanos en relación con el número de usuarios. Podría indicar que un gran número de personas está siendo ingresada y tratada de manera involuntaria, lo que indica que se ignora sistemáticamente la capacidad jurídica de los usuarios. O podría revelar que hay niños internados en establecimientos de hospitalización destinados a adultos.

Los registros de eventos específicos, como las quejas del usuario, las apelaciones contra la admisión y tratamiento involuntarios, incidentes de robo y abuso y muertes, también son fuentes útiles de información. Examinar las quejas de los usuarios, por ejemplo, puede revelar problemas y violaciones e incluso patrones de abuso en el establecimiento, lo cual debe ser examinado más a fondo durante la evaluación. También se debe registrar la ausencia de quejas, ya que puede indicar la inexistencia de un mecanismo para quejas o que es inaccesible a los usuarios. Una incidencia desproporcionadamente elevada de muertes entre los usuarios puede indicar abuso o descuido, una mala calidad de la atención en salud, o malas condiciones de vida en el establecimiento.

Las fichas e historias clínicas de los usuarios también pueden revelar información importante. Una revisión de este tipo de archivos puede indicar, por ejemplo, si estos están al día, cuándo se revisaron y cambiaron los horarios de medicinas por última vez, si se está obteniendo el consentimiento informado para el tratamiento, si los planes de “recuperación” y las instrucciones anticipadas⁵ están siendo diseñadas en colaboración con los usuarios y si los usuarios pueden añadir información a sus fichas. También puede revelar si las personas están recibiendo el medicamento y dosis correctos para su condición o si están siendo sobre-medicadas, medicadas incorrectamente o se les está dando demasiados medicamentos simultáneamente.

⁵ Los usuarios pueden especificar por adelantado sus decisiones sobre la atención en salud, tratamiento y recuperación en el caso de que no sea capaz de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro. Las instrucciones anticipadas pueden incluir también opciones de tratamiento y de “recuperación” que una persona no quiere tener, y como tal puede ayudar a asegurar de que no reciba ninguna intervención en contra de sus deseos.

El comité de evaluación debe tener acceso a todos los registros del usuario y seleccionar un número de ellos al azar para su examen detallado. Es posible que decidan examinar las fichas de los usuarios que van a ser entrevistados, con su consentimiento. Los expedientes examinados deben cubrir la gama completa de usuarios, por ejemplo, edad, origen étnico, género y diagnóstico. El comité de evaluación debe determinar si el consentimiento es necesario para examinar las fichas de los usuarios.

Con el fin de revisar la documentación en forma efectiva, un miembro del personal del establecimiento de alto rango deberá estar disponible para ayudar en la búsqueda de la documentación a ser revisada, ya que es poco probable que todos los documentos estén en un sólo lugar. Antes de la visita, se le puede entregar al personal del establecimiento una lista de los documentos a revisar.

13 Entrevistar a los usuarios, familiares (amigos o cuidadores) y miembros del personal

Las entrevistas con los usuarios, integrantes de la familia y personal del establecimiento, escuchando sus opiniones y puntos de vista, son fundamentales para la evaluación. La *Herramienta de entrevista de Calidad y Derechos de la OMS* describe los temas, estándares y criterios con los cuales se deben evaluar las condiciones de los establecimientos. La herramienta también contiene preguntas asociadas a cada criterio para ayudar al entrevistador.

Se debe considerar una serie de asuntos en relación con la entrevista.

Selección de los entrevistados

En la selección de personas a entrevistar, el comité se debe guiar por la variedad de usuarios y el personal y por el tamaño de la muestra que haya determinado el comité de gestión (ver Anexo 5). El comité, no el personal del establecimiento, debe seleccionar los usuarios y el personal a ser entrevistados para asegurarse que el proceso se mantenga imparcial.

El comité puede decidir qué integrantes de la familia entrevistar o puede dejarse guiar en la selección por los usuarios. El comité debe decidir si entrevistará a integrantes de la familia durante la visita al establecimiento o si se deben organizar estas entrevistas fuera de la visita.

El personal, los usuarios e integrantes de la familia tienen derecho a negarse a ser entrevistados, y el comité de evaluación debe respetar su decisión.

La entrevista

Se debe encontrar una habitación o un espacio para realizar entrevistas en donde se garantice la privacidad de los entrevistados y les permita hablar con libertad. La entrevista debe involucrar un entrevistador (o un máximo de dos: uno para realizar la entrevista y el otro para tomar notas, por ejemplo) y la persona que está siendo entrevistada. Algunos usuarios pueden solicitar la presencia de una persona de su confianza (pero no un miembro del personal) durante la entrevista, y se debe aceptar este deseo.

Se deben hacer todos los esfuerzos por superar las barreras que existan en la comunicación entre el entrevistador y el entrevistado. Por ejemplo, si el entrevistado y el entrevistador hablan distintos idiomas o el entrevistado sufre un impedimento que obstaculiza su capacidad para comunicarse (por ejemplo, dificultad en el habla o en la audición) se debe contar con intérpretes apropiados de idioma o de lenguaje de signos.

Antes de comenzar una entrevista, los entrevistadores deben presentarse, explicar el propósito de la entrevista y responder a cualquier pregunta que el entrevistado pueda tener. Los entrevistadores deben hacer preguntas para obtener información acerca de los entrevistados (por ejemplo, de dónde son, cuánto tiempo han estado en el centro). Este tipo de introducción construye una relación entre el entrevistado y el entrevistador y favorece la sensación de comodidad en las personas. También puede ser útil discutir los temores que los entrevistados puedan tener acerca de las posibles repercusiones derivadas de su participación en la entrevista, y describirles las medidas que se han tomado para proteger su anonimato y confidencialidad. Los entrevistadores también deben revisar el formulario de consentimiento informado con los entrevistados para asegurarse que hayan comprendido plenamente su contenido antes de firmarlo.

La entrevista puede ser larga y agotadora, y se debe permitir descansos a los entrevistados cuando lo necesiten. Además, a los usuarios con ciertos medicamentos puede resultarles difícil concentrarse durante largos periodos, y podrían necesitar descansos regulares. El entrevistador debe ser sensible ante cualquier dificultad que los usuarios puedan tener en relatar sus experiencias y permitirles interrumpir la entrevista y volver más tarde si es necesario.

Si hay un elemento que ya ha sido comprobado por el comité de evaluación, ya sea en entrevistas anteriores o mediante la observación, no será necesario abordarlo en las entrevistas posteriores. Por ejemplo, si el comité ha observado que los inodoros en el centro están sucios, no es necesario preguntar a los entrevistados acerca de la limpieza de los mismos. Sin embargo, lo contrario no es cierto. Por ejemplo, si en la inspección los inodoros parecen limpios, se deben plantear preguntas acerca de la limpieza y la higiene de los inodoros durante las entrevistas, ya que estos podrían haber sido limpiados especialmente para la visita del comité de evaluación y usualmente están sucios y no se limpian con suficiente regularidad. Los entrevistadores pueden también hacer preguntas adicionales no abordadas en la *Herramienta de entrevista de Calidad y Derechos de la OMS*.

Al finalizar la entrevista, los entrevistadores deben agradecer a los usuarios por su tiempo. Se les debe decir cómo ponerse en contacto con el equipo de evaluación si es que desean entregar información adicional después de la visita, comunicar cualquier problema o abuso nuevo o expresar cualquier preocupación acerca de las repercusiones en su contra después de la entrevista. Los entrevistadores también deben informar a los entrevistados acerca de los pasos a seguir en la evaluación y decirles que serán notificados de los resultados una vez que el informe haya finalizado.

Los entrevistadores no deben discutir el contenido de las entrevistas con nadie exceptuando los miembros del comité. Una forma de promover la confidencialidad es hacer que cada miembro del comité firme un compromiso de respetar la confidencialidad de la evaluación y de las personas que sean entrevistadas.

Consejos para la entrevista

Los entrevistadores deben realizar entrevistas de una manera que sea respetuosa y cortés. No se debe hacer sentir a los entrevistados que están siendo interrogados, sino que están proporcionando información valiosa para la evaluación

Son importantes los puntos de vista de todos los entrevistados. Muy a menudo, las opiniones de los usuarios se consideran inválidas o se pasan por alto. Las entrevistas deben llevarse a cabo de una manera que reconozca y respete las opiniones y los puntos de vista de los usuarios.

Permita el silencio para dar al entrevistado tiempo para pensar; no lo interrumpa. Puede ser necesario un silencio durante más tiempo de lo que es habitual o cómodo.

Evite interrupciones. Permita a las personas hablar sin interrumpirlas. Si usted tiene una pregunta acerca de lo que están diciendo, espere hasta que hayan terminado su frase.

Evite una excesiva toma de notas. La toma de notas puede ser una distracción para los entrevistados. Es importante escuchar las respuestas. Una posibilidad es que haya dos personas en las entrevistas: una haciendo preguntas y escuchando las respuestas y la otra tomando notas.

Hacer breves resúmenes, repetir con sus propias palabras lo que acaba de escuchar, puede ser una técnica útil para indicar que está escuchando y para comprobar que ha entendido correctamente lo que dice la persona.

Evite dirigir las respuestas del entrevistado. A menudo los entrevistadores tienden a conducir a los entrevistados hacia la respuesta que están esperando oír. Es importante tener en cuenta esta tendencia y hacer esfuerzos para evitarlo.

Utilizar preguntas abiertas. Las preguntas abiertas (por ejemplo “¿Puedes comentar sobre el estado físico del edificio?”) permiten a los entrevistados compartir la información que consideran importante. Evite, en la medida de lo posible, las preguntas cerradas (por ejemplo, “¿Cree que el estado físico del establecimiento es malo?”), ya que estas pueden impedir que los entrevistados expresen sus puntos de vista a su manera.

Sea flexible. Puede que las personas no respondan a las preguntas en el orden presentado en la *Herramienta de entrevista de Calidad y Derechos de la OMS*. Las respuestas de los entrevistados a una pregunta también pueden proporcionar información relevante para una pregunta prevista para más adelante en la entrevista. No les interrumpa diciéndoles que va a hacer esa pregunta después, permítales responder completamente esa pregunta.

Trate de averiguar si los asuntos expresados por los entrevistados son eventos o prácticas aisladas o si son prácticas habituales en el establecimiento. Por ejemplo, si alguien dice que un miembro del personal le habló irrespetuosamente, trate de determinar si esto ocurrió sólo una vez con un miembro del personal o si es una ocurrencia común, con uno o varios miembros del personal.

Volumen, velocidad, tono. Tenga en cuenta el volumen de su voz, tono y velocidad. No debe hablar en voz demasiado alta, ni demasiado baja, ni demasiado rápida. Permita al entrevistado marcar el ritmo de la entrevista.

Practique, practique, practique. La realización de entrevistas es una verdadera habilidad. El aprendizaje de técnicas de entrevista requiere de práctica. Es, por lo tanto, importante practicarlas, por ejemplo, con colegas del comité o con su familia y amigos en casa, antes de su visita al establecimiento.

Informando sobre casos de abuso

Durante las entrevistas, observación o revisión de quejas de los usuarios, los miembros del comité pueden enterarse que uno o varios usuarios están experimentando abuso o descuido que pone en peligro inminente de daño su salud y bienestar. Por lo tanto, antes de la evaluación, el comité debe decidir cómo se manejarán dichas situaciones, por ejemplo, hablando con el director del establecimiento u otra autoridad pertinente, de modo de que la situación pueda ser abordada rápidamente. Antes que el abuso sea reportado se tiene que obtener el consentimiento de los usuarios afectados. Se debe cumplir con las directrices nacionales o disposiciones legales específicas sobre la notificación de abuso, cuando ellas existen. El comité debe identificar los canales legales y los nombres de los representantes legales o defensores que puedan ayudar a las víctimas de abuso. Adicionalmente, los miembros del comité pueden decidir dar a los usuarios un número de teléfono en el que pueden ser contactados en caso que los usuarios deseen reportar cualquier incidente de abuso o descuido después de la visita.

14

Elaborar informe de los resultados de la evaluación

Informe de los resultados de establecimientos individuales

El Informe de evaluación de Calidad y Derechos de la OMS de un centro proporciona un esquema para que el comité de evaluación haga un informe sistemático del grado en que cada uno de los cinco temas del *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS* se ha implementado en un establecimiento específico de salud mental o de apoyo social. Se deben completar todas las secciones del informe:

- resumen ejecutivo,
- método utilizado para evaluación,
- resultados de la evaluación (incluyendo puntuación cuantitativa y resultados cualitativos),
- discusión y
- conclusiones y recomendaciones.

Todos los miembros del comité deben reunirse tan pronto como sea posible después de terminar la evaluación (porque las impresiones y la información se desvanecen rápidamente) para discutir, integrar y recopilar los resultados de las entrevistas, la observación y la revisión de la documentación en un informe final sobre el establecimiento. Luego el comité tiene que puntuar cada uno de los criterios, estándares y temas del *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS* con las siguientes categorías: “logrado en su totalidad”, “logrado parcialmente”, “logro iniciado”, “no iniciado” o “no se aplica”.

El formulario de informe de un establecimiento tiene espacio para puntuar cada criterio dentro de un estándar, y luego cada estándar dentro de cada tema. También incluye espacio para puntuar el establecimiento de salud general que se evaluó, de modo de que se puedan comparar los dos tipos de establecimientos.

Estas puntuaciones cuantitativas no significan nada por sí solas, y es necesaria la información cualitativa para dar contenido, detalle y una visión completa de la situación en el establecimiento. El *Formulario de informe de Calidad y Derechos de la OMS* tiene una plantilla para integrar los resultados cuantitativos y cualitativos en un informe único.

Informe de los resultados de más de un establecimiento

Si se ha evaluado más de un establecimiento (por ejemplo, una evaluación nacional o de distrito), deben reunirse todos los comités que realizaron evaluaciones para discutir, integrar y recopilar los resultados de cada establecimiento y elaborar una evaluación a nivel de país o de distrito. El *Formulario de informe de evaluación de Calidad y Derechos de la OMS* a nivel de país proporciona un esquema para este efecto.

El formulario de informe tiene las mismas secciones que el formulario para establecimientos individuales, ofrece las mismas calificaciones de puntuación (aunque en el formulario de informe de país o de distrito las puntuaciones de cada establecimiento se enumeran y se describen por tema) e incluye una plantilla para integrar los resultados cuantitativos y cualitativos en un informe único a nivel de país o de distrito.

Construyendo consenso sobre los resultados de la evaluación

Uno de los aspectos más desafiantes de las evaluaciones es alcanzar consenso entre los miembros del comité y entre los comités en el caso de las evaluaciones de distritos y nacionales. Los estándares y criterios en el instrumento deben orientar a los miembros del comité sobre lo que se espera de un establecimiento para alcanzar un alto nivel de calidad y derechos humanos. Sin embargo, la evaluación tiene muchos aspectos subjetivos, y las puntuaciones pueden variar de un evaluador a otro. Por ejemplo, un miembro del comité podría considerar como un nivel aceptable de logro para un determinado criterio, mientras que a otro puede resultarle inaceptable. Con el fin de reducir esta subjetividad, los miembros del comité deben tener discusiones detalladas sobre la forma en que cada uno puntuó sus resultados y llegar a un consenso sobre la puntuación de un tema general, estándar o criterio. Cuando no se pueda llegar a un consenso, es recomendable elegir la puntuación más baja.

La inclusión de los resultados de las evaluaciones de establecimientos de salud general ayuda también a reducir la subjetividad en la puntuación, tanto dentro de un comité como entre los comités de evaluación, ya que proporciona un parámetro común de comparación para estandarizar o ajustar las puntuaciones.

La discusión de los resultados, estandarización o ajuste de puntuaciones y la redacción de un informe (para un establecimiento individual o a nivel de país o distrito) toman tiempo y se pueden requerir varias reuniones antes de que se pueda elaborar un informe que represente el consenso sobre las condiciones de los establecimientos.

15

Utilizar los resultados de la evaluación

Las evaluaciones de la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social pueden servir para varios propósitos y se pueden utilizar los resultados de muchas maneras distintas. Todos los involucrados en una evaluación deben entender claramente y estar de acuerdo con su finalidad y en cómo se utilizarán los resultados.

Entregar información para reformas de políticas, planes y leyes

A nivel macro, se pueden utilizar los resultados de una evaluación para entregar información para políticas, planes y legislación sobre salud mental y abuso de sustancias. Por ejemplo, los resultados podrían revelar la necesidad de una capacitación más intensiva y focalizada de los trabajadores de salud o salud mental con respecto a las mejores prácticas en el tratamiento y derechos de las personas con discapacidad. Posteriormente, esto se puede incorporar en las políticas y planes de salud mental. Los resultados de una evaluación pueden indicar que una ley existente (por ejemplo, legislación en salud mental y abuso de sustancias) requiere una revisión. Por ejemplo, si la evaluación pone de manifiesto que muchas personas están siendo tratadas involuntariamente, se deben incorporar o reforzar disposiciones sobre el consentimiento informado. Una evaluación podría mostrar la necesidad de elaborar una “carta de derechos de los pacientes” que describa los derechos de los usuarios de servicios de salud mental, abuso de sustancias y de otros servicios.

Conocer las violaciones a los derechos humanos y abogar por cambios

Los resultados de una evaluación se pueden utilizar también para conocer la magnitud y tipo de violaciones de los derechos humanos que se producen en los establecimientos y, cuando sea apropiado, para crear conciencia sobre estos temas entre las autoridades y los actores sociales interesados. Una serie de organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales han investigado las condiciones en establecimientos de salud mental y de apoyo social, y han difundido ampliamente sus conclusiones y recomendaciones a los gobiernos, los medios de comunicación, los ciudadanos y otros grupos y autoridades pertinentes. La visualización de las deficiencias y las violaciones puede convencer a las autoridades y a grupos de la sociedad civil sobre la necesidad de enfrentar estos

problemas. Para decidir si se utiliza esta estrategia y cómo hacerla, se deben analizar los resultados más probables de obtener. En ciertos contextos, enfoques tales como el uso de los medios de comunicación para resaltar y exponer violaciones, pueden ser un medio importante para estimular mejoras en las condiciones de los derechos humanos; en otros, sin embargo, puede generar desconfianza, llevando a los establecimientos a cerrarse a cualquier escrutinio, manteniendo las violaciones más escondidas que antes.

Mejorar la calidad

Los resultados y las recomendaciones de la evaluación deben utilizarse como base para formular un plan de mejora de la calidad, el que debe ser integrado en la gestión y prestación de servicios del establecimiento. La situación ideal es aquella en la cual el personal, los usuarios y las familias trabajan juntos, de manera participativa, para elaborar un plan que incluya acciones concretas y objetivos para prevenir violaciones, promover los derechos humanos y mejorar la calidad del tratamiento y la atención en el establecimiento. Se puede evaluar en forma continua la implementación del plan de mejora como parte de la gestión del establecimiento, con revisiones periódicas utilizando la Herramienta de evaluación de Calidad y Derechos. Este enfoque puede lograr una mejor atención y un mayor ejercicio de los derechos humanos, especialmente si involucra la participación de los propios prestadores de servicios en la construcción de un cambio positivo en vez de que lo haga un organismo externo. Las personas pasan a formar parte del proceso y hacen cambios no tanto porque tengan que hacerlos (aunque estén establecidos los estándares que hay que alcanzar) sino porque están aliados en el proceso y desean mejorarla atención. Una limitación de este tipo de enfoque es que rara vez es realmente independiente de las autoridades sanitarias. Esto se puede superar con la participación periódica de un organismo independiente que realice las evaluaciones. En conclusión, lo más útil es tener un modelo combinado de evaluación y mejora continua interna con evaluaciones externas periódicas.

Desarrollar capacidades en materia de derechos humanos

Los resultados de una evaluación se pueden utilizar también para identificar brechas en los conocimientos sobre temas de derechos humanos y calidad. Se puede llevar a cabo así una capacitación y educación adaptada a las necesidades particulares del personal, los usuarios y las familias para asegurarse que cada actor comprenda los derechos de las personas con discapacidad mental y los estándares de calidad que deben ser respetados y promovidos para mejorar las condiciones del servicio.

Anexo 1. Principios de la práctica en salud mental orientada hacia la “recuperación”

Gobierno Australiano. Normas nacionales para los servicios de salud mental. Canberra, 2010. Reimpreso con el permiso del Gobierno de Australia. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mental-pubs-n-servst10>

Desde la perspectiva del individuo con una enfermedad mental, la “recuperación” significa ganar y mantener la esperanza, la comprensión de las capacidades y discapacidades de uno mismo, participación en una vida activa, autonomía personal, identidad social, significado y propósito en la vida, y un sentido positivo del ser. Es importante recordar que la “recuperación” no es sinónimo de curación. La “recuperación” se refiere tanto a las condiciones internas experimentadas por las personas que se describen a sí mismos como estar en “recuperación” – esperanza, sanación, empoderamiento y conexión – como las condiciones externas que facilitan la “recuperación” – implementación de los derechos humanos, una cultura positiva de sanación, y los servicios orientados hacia la “recuperación”⁶.

El propósito de los principios de la práctica en salud mental orientada hacia la “recuperación” es asegurar que los servicios de salud mental se entreguen de una manera que apoye la “recuperación” de los usuarios de salud mental.

1. Singularidad del individuo

La práctica en salud mental orientada hacia la “recuperación”:

- reconoce que la “recuperación” no se refiere necesariamente a curación sino que a tener oportunidades de elección y de vivir una vida significativa, satisfactoria y con propósito, como también de ser un miembro valioso de la comunidad;
- acepta que los resultados de la “recuperación” son personales y únicos para cada individuo y van más allá de un foco exclusivo en salud, incluyendo un énfasis en la inclusión social y calidad de vida;
- empodera a las personas para que reconozcan que son el centro de la atención de salud que reciben.

⁶. Jacobson N, Greenley D, What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services* 52:482–485, 2001

2. Elecciones reales

La práctica en salud mental orientada hacia la “recuperación”:

- apoya y empodera a los individuos para que tomen sus propias decisiones acerca de cómo quieren vivir su vida y reconoce que las alternativas deben tener sentido y ser exploradas creativamente;
- apoya a los individuos a que desarrollen sus fortalezas y a que asuman en todo momento tanta responsabilidad por su vida como sea posible;
- asegura de que haya un equilibrio entre el deber de cuidar y el apoyo a los individuos para que asuman riesgos positivos y aprovechen al máximo las nuevas oportunidades.

3. Actitudes y derechos

La práctica en salud mental orientada hacia la “recuperación”:

- implica escuchar a la persona y a sus cuidadores, aprender de ellos y actuar de acuerdo a lo que ellos comunican acerca de lo que es importante para cada individuo;
- promueve y protege los derechos legales, de ciudadanía y humanos del individuo;
- apoya a los individuos a mantener y desarrollar actividades sociales, recreacionales, ocupacionales y vocacionales que sean significativas para el individuo;
- infunde esperanza en el futuro de un individuo y en su capacidad para vivir una vida significativa.

4. Dignidad y respeto

La práctica en salud mental orientada hacia la “recuperación”:

- consiste en ser cortés, respetuoso y honesto en todas las interacciones;
- implica sensibilidad y respeto por cada individuo, en particular por sus valores, creencias y cultura;
- cuestiona la discriminación y el estigma dondequiera que se practique, ya sea dentro del servicio donde uno trabaja o en la comunidad en general.

5. Colaboración y comunicación

La práctica en salud mental orientada hacia la “recuperación”:

- reconoce que cada individuo es un experto en su propia vida y que la “recuperación” consiste en trabajar en alianza con los individuos y sus cuidadores para prestar apoyo de una manera que tenga sentido para ellos;
- valora la importancia de compartir información relevante y la necesidad de comunicar claramente para permitir una participación comprometida;
- implica trabajar de manera positiva y realista con las personas y sus cuidadores para ayudarles a alcanzar sus propias esperanzas, metas y aspiraciones.

6. Evaluación de la “recuperación”

La práctica en salud mental orientada hacia la “recuperación”:

- asegura y permite la evaluación continua de la práctica basada en la “recuperación” en varios niveles;
- las personas y sus cuidadores pueden hacer seguimiento de su propio progreso;
- los servicios demuestran que utilizan las experiencias del individuo con la atención recibida para fundamentar las actividades de mejora de calidad;
- el sistema de salud mental informa sobre los resultados claves que indican “recuperación”, incluyendo (pero no limitado a ellos) vivienda, empleo, educación y relaciones sociales y familiares, así como también mediciones sobre salud y bienestar.

Estos Principios de “Recuperación” han sido adaptados de la Hertfordshire Partnership NHS Foundation Trust Recovery Principles en el Reino Unido.

Anexo 2. Capacidad jurídica y toma de decisiones con apoyo

A las personas con discapacidades mentales se les niega sistemáticamente el derecho a ejercer su capacidad jurídica. A través de la tutela y otras medidas sustitutivas de toma de decisión, se les impide a menudo la toma de decisiones y elecciones sobre su vida, incluido los asuntos relacionados con sus condiciones de vivienda, su atención médica, sus asuntos personales y financieros y otros temas. A menudo, las familias, cuidadores, tutores o profesionales de la salud toman estas decisiones, en vez de que lo haga la propia persona.

El objetivo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (ver Anexo 3) es poner fin a esta situación. El Artículo 12 de la Convención reconoce que las personas con discapacidad, incluyendo discapacidades mentales, tienen el derecho de ejercer su capacidad jurídica, es decir, para tomar decisiones y elecciones en todos los aspectos de su vida, en igualdad de condiciones con los demás.

La Convención también reconoce que en ocasiones algunas personas pueden requerir de ayuda en la toma de decisiones sobre sus vidas y promueve un modelo de toma de decisiones con apoyo como el medio para proporcionar la ayuda.

La toma de decisiones con apoyo implica que las personas con discapacidades mentales nombran a una persona de confianza o a una red de personas con las que pueden consultar y discutir temas que les afectan. Estas personas pueden ayudar a los usuarios en la comprensión de las alternativas y opciones disponibles para ellos en relación con su tratamiento de salud mental (por ejemplo, si debe recibir tratamiento, dónde recibir tratamiento, qué tipo de tratamiento) y en comunicar a los demás sus elecciones y preferencias cuando sea necesario. Pueden ayudar a otros a darse cuenta de que una persona con discapacidades importantes también es una persona con una historia, intereses y objetivos en la vida y es alguien capaz de ejercer su capacidad jurídica. En la toma de decisiones con apoyo, la presunción es siempre a favor de la persona con discapacidad, quien se verá afectada por la decisión que se tome⁷.

El personal en los establecimientos de salud mental y de apoyo social puede desempeñar un papel vital en la promoción de la toma de decisiones con apoyo, al:

- alentar a los usuarios a nombrar personas o redes de personas de apoyo,
- facilitar los contactos entre los usuarios y sus personas de apoyo, y
- garantizar que los usuarios y sus personas de apoyo tengan el espacio y el tiempo para discutir temas relacionados con el tratamiento y la atención de salud mental.

⁷. From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities. Handbook for parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol. New York, United Nations, 2007. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=212>.

Entre las formas de toma de decisiones con apoyo se incluyen las redes de apoyo, defensores personales, apoyo de pares, abogados y asistentes personales. Canadá y Suecia ofrecen modelos de toma de decisiones con apoyo, que se están aplicando actualmente:

- Asociación Canadiense para la Vida Comunitaria: <http://www.cacl.ca/>
- Centro y Registro Nidus de Planificación Personal de Recursos (Columbia Británica, Canadá): <http://www.rarc.ca/textual/home.htm>
- Modelo de Defensoría del Pueblo Personal de Suecia – PO-Skane: <http://www.po-skane.org/>

Anexo 3. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

(adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Diciembre de 2006)

Preámbulo

Los Estados Partes en la Presente Convención,

- a) Recordando los principios de la Carta de las Naciones Unidas que proclaman que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,
- b) Reconociendo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole,
- c) Reafirmando la universalidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación,
- d) Recordando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares,
- e) Reconociendo 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 las demás,
- f) Reconociendo la importancia que revisten los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad como factor en la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e internacional destinados a dar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad,
- g) Destacando la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible,
- h) Reconociendo también que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano,
- i) Reconociendo además la diversidad de las personas con discapacidad,

- j) Reconociendo la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso,
- k) Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo,
- l) Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en todos los países, en particular en los países en desarrollo,
- m) Reconociendo el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza,
- n) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones,
- o) Considerando que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente,
- p) Preocupados por la difícil situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico, indígena o social, patrimonio, nacimiento, edad o cualquier otra condición,
- q) Reconociendo que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación,
- r) Reconociendo también que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño,
- s) Subrayando la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad,
- t) Destacando el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad,
- u) Teniendo presente que, para lograr la plena protección de las personas con discapacidad, en particular durante los conflictos armados y la ocupación extranjera, es indispensable que se den condiciones de paz y seguridad basadas en el pleno respeto de los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y se respeten los instrumentos vigentes en materia de derechos humanos,

- v) Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales,
- w) Conscientes de que las personas, que tienen obligaciones respecto a otras personas y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos,
- x) Convencidos de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de ésta y del Estado, y de que las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones,
- y) Convencidos de que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados,

Conviene en lo siguiente:

ARTÍCULO 1

Propósito

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a 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.

ARTÍCULO 2

Definiciones

A los fines de la presente Convención:

La “comunicación” incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso;

Por “lenguaje” se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal;

Por “discriminación por motivos de discapacidad” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables;

Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Por “diseño universal” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El “diseño universal” no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

ARTÍCULO 3

Principios generales

Los principios de la presente Convención serán:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

ARTÍCULO 4

Obligaciones generales

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

- a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que no sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;
- b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;
- c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;

- d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;
- e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad;
- f) Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición de artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices;
- g) Empezar o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;
- h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;
- i) Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.

3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado. No se restringirán ni derogarán ninguno de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos o existentes en los Estados Partes en la presente Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los convenios, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que en la presente Convención no se reconocen esos derechos o libertades o se reconocen en menor medida.

5. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

ARTÍCULO 5

Igualdad y no discriminación

1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.
2. Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.
3. A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.
4. No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

ARTÍCULO 6

Mujeres con discapacidad

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

ARTÍCULO 7

Niños y niñas con discapacidad

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.
2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.
3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

ARTÍCULO 8

Toma de conciencia

1. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para:

- a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;
- b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;
- c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2. Las medidas a este fin incluyen:

- a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:
 - i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;
 - ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;
 - iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;
- b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;
- c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención;
- d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

ARTÍCULO 9

Accesibilidad

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán

medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;
- b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:

- a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;
- b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;
- c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;
- d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;
- e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;
- f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;
- g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;
- h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

ARTÍCULO 10

Derecho a la vida

Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

ARTÍCULO 11

Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias

Los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

ARTÍCULO 12

Igual reconocimiento como persona ante la ley

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.
5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

ARTÍCULO 13

Acceso a la justicia

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.

2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

ARTÍCULO 14

Libertad y seguridad de la persona

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:

- a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
- b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

ARTÍCULO 15

Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

ARTÍCULO 16

Protección contra la explotación, la violencia y el abuso

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.

2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.

3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

ARTÍCULO 17

Protección de la integridad personal

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

ARTÍCULO 18

Libertad de desplazamiento y nacionalidad

1. Los Estados Partes reconocerán el derecho de las personas con discapacidad a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad, en igualdad de condiciones con las demás, incluso asegurando que las personas con discapacidad:

- a) Tengan derecho a adquirir y cambiar una nacionalidad y a no ser privadas de la suya de manera arbitraria o por motivos de discapacidad;
 - b) No sean privadas, por motivos de discapacidad, de su capacidad para obtener, poseer y utilizar documentación relativa a su nacionalidad u otra documentación de identificación, o para utilizar procedimientos pertinentes, como el procedimiento de inmigración, que puedan ser necesarios para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad de desplazamiento;
 - c) Tengan libertad para salir de cualquier país, incluido el propio;
 - d) No se vean privadas, arbitrariamente o por motivos de discapacidad, del derecho a entrar en su propio país.
2. Los niños y las niñas con discapacidad serán inscritos inmediatamente después de su nacimiento y tendrán desde el nacimiento derecho a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y ser atendidos por ellos.

ARTÍCULO 19

Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

ARTÍCULO 20

Movilidad personal

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas:

- a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible;
- b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible;
- c) Ofrecer a las personas con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad;
- d) Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.

ARTÍCULO 21

Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, entre ellas:

- a) Facilitar a las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad;
- b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales;
- c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso;
- d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad;
- e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.

ARTÍCULO 22

Respeto de la privacidad

1. Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones.

2. Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

ARTÍCULO 23

Respeto del hogar y de la familia

1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:

- a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;
- b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;
- c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

2. Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño. Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.

3. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.

4. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

5. Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

ARTÍCULO 24

Educación

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a:

- a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;
- b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;
- c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:

- a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;
- b) Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;
- c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;
- d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;
- e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.

3. Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas:

- a) Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares;
- b) Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas;
- c) Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordo ciegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

4. A fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén cualificados en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.

5. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

ARTÍCULO 25

Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los 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, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

ARTÍCULO 26

Habilitación y rehabilitación

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

- a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;
- b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

ARTÍCULO 27

Trabajo y empleo

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:

- a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;
- b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;
- c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás;
- d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;
- e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;
- f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;
- g) Emplear a personas con discapacidad en el sector público;
- h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;
- i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;
- j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;

k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio.

ARTÍCULO 28

Nivel de vida adecuado y protección social

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:

- a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;
- b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;
- c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;
- d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;
- e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

ARTÍCULO 29

Participación en la vida política y pública

Los Estados Partes garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con las demás y se comprometerán a:

- a) Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas, entre otras formas mediante:
 - i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;
 - ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referéndum públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda;
 - iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;
- b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:
 - i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;
 - ii) La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones.

ARTÍCULO 30

Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad:
 - a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles;
 - b) Tengan acceso a programas de televisión, películas, teatro y otras actividades culturales en formatos accesibles;
 - c) Tengan acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos y, en la medida de lo posible, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional.

2. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no sólo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes, de conformidad con el derecho internacional, a fin de asegurar que las leyes de protección de los derechos de propiedad intelectual no constituyan una barrera excesiva o discriminatoria para el acceso de las personas con discapacidad a materiales culturales.

4. Las personas con discapacidad tendrán derecho, en igualdad de condiciones con las demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de señas y la cultura de los sordos.

5. A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para:

- a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles;
- b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas actividades y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados;
- c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas;
- d) Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso con los demás niños y niñas a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar;
- e) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participen en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.

ARTÍCULO 31

Recopilación de datos y estadísticas

1. Los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. En el proceso de recopilación y mantenimiento de esta información se deberá:

- a) Respetar las garantías legales establecidas, incluida la legislación sobre protección de datos, a fin de asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad de las personas con discapacidad;

b) Cumplir las normas aceptadas internacionalmente para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como los principios éticos en la recopilación y el uso de estadísticas.

2. La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará, en su caso, y se utilizará como ayuda para evaluar el cumplimiento por los Estados Partes de sus obligaciones conforme a la presente Convención, así como para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos.

3. Los Estados Partes asumirán la responsabilidad de difundir estas estadísticas y asegurar que sean accesibles para las personas con discapacidad y otras personas.

ARTÍCULO 32

Cooperación internacional

1. Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de los esfuerzos nacionales para hacer efectivos el propósito y los objetivos de la presente Convención, y tomarán las medidas pertinentes y efectivas a este respecto, entre los Estados y, cuando corresponda, en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de personas con discapacidad. Entre esas medidas cabría incluir:

a) Velar por que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad;

b) Facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de formación y prácticas recomendadas;

c) Facilitar la cooperación en la investigación y el acceso a conocimientos científicos y técnicos;

d) Proporcionar, según corresponda, asistencia apropiada, técnica y económica, incluso facilitando el acceso a tecnologías accesibles y de asistencia y compartiendo esas tecnologías, y mediante su transferencia.

2. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de las obligaciones que incumban a cada Estado Parte en virtud de la presente Convención. -28-

ARTÍCULO 33

Aplicación y seguimiento nacionales

1. Los Estados Partes, de conformidad con su sistema organizativo, designarán uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la presente Convención y considerarán detenidamente la posibilidad de establecer o designar un mecanismo de coordinación para facilitar la adopción de medidas al respecto en diferentes sectores y a diferentes niveles.

2. Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención. Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos.

3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento.

ARTÍCULO 34

Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad

1. Se creará un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, “el Comité”) que desempeñará las funciones que se enuncian a continuación.

2. El Comité constará, en el momento en que entre en vigor la presente Convención, de 12 expertos. Cuando la Convención obtenga otras 60 ratificaciones o adhesiones, la composición del Comité se incrementará en seis miembros más, con lo que alcanzará un máximo de 18 miembros.

3. Los miembros del Comité desempeñarán sus funciones a título personal y serán personas de gran integridad moral y reconocida competencia y experiencia en los temas a que se refiere la presente Convención. Se invita a los Estados Partes a que, cuando designen a sus candidatos, tomen debidamente en consideración la disposición que se enuncia en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

4. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes, que tomarán en consideración una distribución geográfica equitativa, la representación de las diferentes formas de civilización y los principales ordenamientos jurídicos, una representación de género equilibrada y la participación de expertos con discapacidad.

5. Los miembros del Comité se elegirán mediante voto secreto de una lista de personas designadas por los Estados Partes de entre sus nacionales en reuniones de la Conferencia de los Estados Partes. En estas reuniones, en las que dos tercios de los Estados Partes constituirán quórum, las personas elegidas para el Comité serán las que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.

6. La elección inicial se celebrará antes de que transcurran seis meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Convención. Por lo menos cuatro meses antes de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidatos en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán, por orden

alfabético, todas las personas así propuestas, con indicación de los Estados Partes que las hayan propuesto, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.

7. Los miembros del Comité se elegirán por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. Sin embargo, el mandato de seis de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de la primera elección, los nombres de esos seis miembros serán sacados a suerte por el presidente de la reunión a que se hace referencia en el párrafo 5 del presente artículo.

8. La elección de los otros seis miembros del Comité se hará con ocasión de las elecciones ordinarias, de conformidad con las disposiciones pertinentes del presente artículo.

9. Si un miembro del Comité fallece, renuncia o declara que, por alguna otra causa, no puede seguir desempeñando sus funciones, el Estado Parte que lo propuso designará otro experto que posea las cualificaciones y reúna los requisitos previstos en las disposiciones pertinentes del presente artículo para ocupar el puesto durante el resto del mandato.

10. El Comité adoptará su propio reglamento.

11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y las instalaciones que sean necesarios para el efectivo desempeño de las funciones del Comité con arreglo a la presente Convención y convocará su reunión inicial.

12. Con la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención percibirán emolumentos con cargo a los recursos de las Naciones Unidas en los términos y condiciones que la Asamblea General decida, tomando en consideración la importancia de las responsabilidades del Comité.

13. Los miembros del Comité tendrán derecho a las facilidades, prerrogativas e inmunidades que se conceden a los expertos que realizan misiones para las Naciones Unidas, con arreglo a lo dispuesto en las secciones pertinentes de la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de las Naciones Unidas.

ARTÍCULO 35

Informes presentados por los Estados Partes

1. Los Estados Partes presentarán al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, un informe exhaustivo sobre las medidas que hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la presente Convención y sobre los progresos realizados al respecto en el plazo de dos años contado a partir de la entrada en vigor de la presente Convención en el Estado Parte de que se trate.

2. Posteriormente, los Estados Partes presentarán informes ulteriores al menos cada cuatro años y en las demás ocasiones en que el Comité se lo solicite.

3. El Comité decidirá las directrices aplicables al contenido de los informes.

4. El Estado Parte que haya presentado un informe inicial exhaustivo al Comité no tendrá que repetir, en sus informes ulteriores, la información previamente facilitada. Se invita a los Estados Partes a que, cuando preparen informes para el Comité, lo hagan mediante un procedimiento abierto y transparente y tengan en cuenta debidamente lo dispuesto en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.
5. En los informes se podrán indicar factores y dificultades que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de la presente Convención.

ARTÍCULO 36

Consideración de los informes

1. El Comité considerará todos los informes, hará las sugerencias y las recomendaciones que estime oportunas respecto a ellos y se las remitirá al Estado Parte de que se trate. Éste podrá responder enviando al Comité cualquier información que desee. El Comité podrá solicitar a los Estados Partes más información con respecto a la aplicación de la presente Convención.
2. Cuando un Estado Parte se haya demorado considerablemente en la presentación de un informe, el Comité podrá notificarle la necesidad de examinar la aplicación de la presente Convención en dicho Estado Parte, sobre la base de información fiable que se ponga a disposición del Comité, en caso de que el informe pertinente no se presente en un plazo de tres meses desde la notificación. El Comité invitará al Estado Parte interesado a participar en dicho examen. Si el Estado Parte respondiera presentando el informe pertinente, se aplicará lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo.
3. El Secretario General de las Naciones Unidas pondrá los informes a disposición de todos los Estados Partes.
4. Los Estados Partes darán amplia difusión pública a sus informes en sus propios países y facilitarán el acceso a las sugerencias y recomendaciones generales sobre esos informes.
5. El Comité transmitirá, según estime apropiado, a los organismos especializados, los fondos y los programas de las Naciones Unidas, así como a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes, a fin de atender una solicitud o una indicación de necesidad de asesoramiento técnico o asistencia que figure en ellos, junto con las observaciones y recomendaciones del Comité, si las hubiera, sobre esas solicitudes o indicaciones.

ARTÍCULO 37

Cooperación entre los Estados Partes y el Comité

1. Los Estados Partes cooperarán con el Comité y ayudarán a sus miembros a cumplir su mandato.

2. En su relación con los Estados Partes, el Comité tomará debidamente en consideración medios y arbitrios para mejorar la capacidad nacional de aplicación de la presente Convención, incluso mediante la cooperación internacional.

ARTÍCULO 38

Relación del Comité con otros órganos

A fin de fomentar la aplicación efectiva de la presente Convención y de estimular la cooperación internacional en el ámbito que abarca:

- a) Los organismos especializados y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención que entren dentro de su mandato. El Comité podrá invitar también a los organismos especializados y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los ámbitos que entren dentro de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados y a otros órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de la Convención en las esferas que entren dentro de su ámbito de actividades;
- b) Al ejercer su mandato, el Comité consultará, según proceda, con otros órganos pertinentes instituidos en virtud de tratados internacionales de derechos humanos, con miras a garantizar la coherencia de sus respectivas directrices de presentación de informes, sugerencias y recomendaciones generales y a evitar la duplicación y la superposición de tareas en el ejercicio de sus funciones.

ARTÍCULO 39

Informe del Comité

El Comité informará cada dos años a la Asamblea General y al Consejo Económico y Social sobre sus actividades y podrá hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y datos recibidos de los Estados Partes en la Convención. Esas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité, junto con los comentarios, si los hubiera, de los Estados Partes.

ARTÍCULO 40

Conferencia de los Estados Partes

1. Los Estados Partes se reunirán periódicamente en una Conferencia de los Estados Partes, a fin de considerar todo asunto relativo a la aplicación de la presente Convención.
2. El Secretario General de las Naciones Unidas convocará la Conferencia de los Estados Partes en un plazo que no superará los seis meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente Convención. Las reuniones ulteriores, con periodicidad bienal o cuando lo decida la Conferencia de los Estados Partes, serán convocadas por el Secretario General.

ARTÍCULO 41

Depositario

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario de la presente Convención.

ARTÍCULO 42

Firma

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

ARTÍCULO 43

Consentimiento en obligarse

La presente Convención estará sujeta a la ratificación de los Estados signatarios y a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias. Estará abierta a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que no la haya firmado.

ARTÍCULO 44

Organizaciones regionales de integración

1. Por “organización regional de integración” se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la presente Convención. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por la presente Convención. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.
2. Las referencias a los “Estados Partes” con arreglo a la presente Convención serán aplicables a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.
3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 45 y en los párrafos 2 y 3 del artículo 47 de la presente Convención, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.
4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la Conferencia de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en la presente Convención. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

ARTÍCULO 45

Entrada en vigor

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o adhesión.
2. Para cada Estado y organización regional de integración que ratifique la Convención, se adhiera a ella o la confirme oficialmente una vez que haya sido depositado el vigésimo instrumento a sus efectos, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

ARTÍCULO 46

Reservas

1. No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito de la presente Convención.
2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

ARTÍCULO 47

Enmiendas

1. Los Estados Partes podrán proponer enmiendas a la presente Convención y presentarlas al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará las enmiendas propuestas a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación y posteriormente a los Estados Partes para su aceptación.
2. Toda enmienda adoptada y aprobada conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que había en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, la enmienda entrará en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubiera depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado.
3. En caso de que así lo decida la Conferencia de los Estados Partes por consenso, las enmiendas adoptadas y aprobadas de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo que guarden relación exclusivamente con los artículos 34, 38, 39 y 40 entrarán en vigor para todos los Estados Partes el trigésimo día a partir de aquel en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda.

ARTÍCULO 48

Denuncia

Los Estados Partes podrán denunciar la presente Convención mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

ARTÍCULO 49

Formato accesible

El texto de la presente Convención se difundirá en formatos accesibles.

ARTÍCULO 50

Textos auténticos

Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso de la presente Convención serán igualmente auténticos. EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman la presente Convención.

Anexo 4. Temas, estándares y criterios del instrumento de Calidad y Derechos de la OMS

Tema 1. El derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 28 de la CDPD)⁸

Estándar 1.1. La infraestructura se encuentra en buenas condiciones físicas.

Criterios

- 1.1.1. La infraestructura se encuentra en buen estado de conservación (por ejemplo, las ventanas no están rotas, la pintura no se está descascarando de las paredes).
- 1.1.2. La infraestructura permite acceso a personas con discapacidad física.
- 1.1.3. La iluminación del edificio (natural y artificial), la calefacción y la ventilación proporcionan un ambiente confortable para vivir.
- 1.1.4. Se dispone de medidas de seguridad para proteger a las personas contra incendios.

Estándar 1.2. Los dormitorios son confortables y resguardan suficientemente la privacidad de los usuarios.

Criterios

- 1.2.1. Los dormitorios ofrecen suficiente espacio para cada usuario y sin hacinamiento.
- 1.2.2. Los hombres y las mujeres, así como los niños y las personas mayores, disponen de dormitorios separados.
- 1.2.3. Los usuarios son libres de elegir cuándo levantarse y cuándo ir a la cama.
- 1.2.4. Los dormitorios permiten la privacidad de los usuarios.
- 1.2.5. Existe ropa de cama limpia y en cantidad suficiente, disponible para los usuarios.
- 1.2.6. Los usuarios pueden mantener pertenencias personales y disponen de suficiente espacio para guardarlas con llave.

Estándar 1.3. El establecimiento cumple con los requisitos sanitarios y de higiene.

Criterios

- 1.3.1. La infraestructura de la sala de baño e inodoros está limpia y funciona adecuadamente.
- 1.3.2. La infraestructura de la sala de baño e inodoros otorga privacidad y separación para hombres y mujeres.

8. El Tema 1 se refiere específicamente a las condiciones de vida en los establecimientos residenciales y por lo tanto no se aplica a los establecimientos ambulatorios; sin embargo, sí se aplica a los de atención de día.

- 1.3.3. Los usuarios tienen acceso regular a la sala de baño e inodoro.
- 1.3.4. Existen medidas para las necesidades de baño e inodoro de los usuarios que se encuentran postrados en cama, o que tienen una movilidad reducida u otras discapacidades físicas.

Estándar 1.4. A los usuarios se les brinda comida, agua potable para beber y ropa que se ajusta a sus necesidades y preferencias.

Crterios

- 1.4.1. Existe suministro suficiente de alimentos y agua potable, los que son de buena calidad y satisfacen las preferencias culturales de los usuarios y las necesidades de su salud física.
- 1.4.2. La comida es preparada y servida en condiciones satisfactorias, y las zonas para comer son culturalmente apropiadas y reflejan las costumbres alimentarias de la comunidad.
- 1.4.3. Los usuarios pueden usar su propia ropa y zapatos (ropa para el día y la noche).
- 1.4.4. Cuando los usuarios no tienen su propia ropa, se les facilita ropa de buena calidad que cumple con sus preferencias culturales y es adecuada para el clima.

Estándar 1.5. Los usuarios pueden comunicarse libremente, y se respeta su derecho a la privacidad.

Crterios

- 1.5.1. Las comunicaciones a través de teléfono, cartas, correos electrónicos e internet están disponibles gratuitamente para los usuarios, sin censura.
- 1.5.2. Se respeta la privacidad en las comunicaciones de los usuarios.
- 1.5.3. Los usuarios pueden comunicarse en el idioma de su elección, y el establecimiento proporciona apoyo (por ejemplo, traductores) para garantizar que ellos puedan expresar sus necesidades.
- 1.5.4. Los usuarios pueden recibir visitas, elegir a quienes quieren ver y compartir con sus visitas en cualquier horario razonable.
- 1.5.5. Los usuarios pueden circular libremente por el establecimiento.

Estándar 1.6. El establecimiento proporciona un ambiente acogedor, cómodo y estimulante que conduce a la participación activa y a la interacción.

Crterios

- 1.6.1. Existe mobiliario amplio, cómodo y en buen estado.
- 1.6.2. La disposición del establecimiento es propicio para la interacción entre los usuarios, el personal y los visitantes.
- 1.6.3. El establecimiento proporciona los recursos necesarios, incluido el equipamiento, para garantizar que los usuarios tengan la oportunidad de interactuar y participar en actividades de recreación.
- 1.6.4. Dentro del establecimiento hay habitaciones que están específicamente designadas como zonas de recreación para los usuarios.

Estándar 1.7. Los usuarios pueden disfrutar de una vida social y personal plenas y seguir participando en la vida y actividades comunitarias.

Crterios

- 1.7.1. Los usuarios pueden interactuar con otros usuarios del establecimiento, incluidos miembros del sexo opuesto.
- 1.7.2. El personal hace posible las peticiones personales, tales como asistir a bodas o funerales.
- 1.7.3. Se ofrece una serie de actividades programadas y organizadas con regularidad, tanto en el establecimiento como en la comunidad, que son pertinentes y adecuadas para la edad.
- 1.7.4. El personal proporciona información a los usuarios sobre las actividades de la comunidad y facilitan su acceso a dichas actividades.
- 1.7.5. El personal facilita a los usuarios el acceso a actividades de entretenimiento fuera del establecimiento, como también llevan actividades de entretenimiento de la comunidad al establecimiento.

Tema 2. El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (Artículo 25 de la CDPD)

Estándar 2.1. Los establecimientos están disponibles para todo aquel que requiera tratamiento y apoyo.

Crterios

- 2.1.1. A ninguna persona se le niega el acceso a un establecimientos o tratamiento sobre la base de factores económicos o de su raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, nacionalidad, origen étnico, indígena o social, propiedad, discapacidad, lugar de nacimiento, edad u otra condición.
- 2.1.2. Todos los que solicitan tratamiento de salud mental reciben atención en este establecimiento o son referidos a otros establecimientos donde se les pueda proporcionar atención.
- 2.1.3. Ningún usuario será admitido, tratado o mantenido en el establecimiento basándose en su raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, nacionalidad, origen étnico, indígena o social, propiedad, discapacidad, lugar de nacimiento, edad u otra condición.

Estándar 2.2. El establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad.

Crterios

- 2.2.1. El establecimiento cuenta con personal que posee competencias suficientemente diversas para proporcionar consejería, rehabilitación psicosocial, información, educación y apoyo a los usuarios y a sus familias, amigos o cuidadores, con el fin de promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.
- 2.2.2. El personal está bien informado acerca de la disponibilidad y el papel de los servicios y recursos comunitarios para promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.
- 2.2.3. Los usuarios pueden consultar con un psiquiatra u otro integrante del personal de salud mental especializado cuando así lo deseen.
- 2.2.4. El personal del establecimiento está capacitado y autorizado para prescribir y revisar la medicación psicotrópica.
- 2.2.5. Al personal se le capacita y se le da información escrita sobre los derechos de las personas con discapacidades mentales y está familiarizado con las normas internacionales de derechos humanos, incluyendo la CDPD.
- 2.2.6. Los usuarios están informados sobre los mecanismos para expresar sus opiniones sobre la prestación y mejora de servicios, y tienen acceso a ellos.

Estándar 2.3.⁹ El tratamiento, la rehabilitación psicosocial y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios son elementos de un plan de “recuperación”¹⁰ conducido por el usuario, y contribuyen a su capacidad para vivir con independencia en la comunidad.

Crterios

- 2.3.1. Cada usuario cuenta con un plan integral e individualizado de “recuperación”, el cual incluye sus metas y objetivos sociales, médicos, laborales y educacionales para la “recuperación”.
- 2.3.2. Los planes de “recuperación” son conducidos por el usuario, reflejando sus opciones y preferencias para la atención, los cuales son puestos en práctica y son revisados y actualizados periódicamente por el usuario y un miembro del personal.
- 2.3.3. Como parte de sus planes de “recuperación”, se motiva a los usuarios a desarrollar instrucciones anticipadas¹¹ que especifiquen las opciones de tratamiento y de “recuperación” que desean tener, así como aquellas que no, las que se utilizarán si se encuentran incapacitados de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro.
- 2.3.4. Cada usuario tiene acceso a programas psicosociales para el cumplimiento de las funciones sociales de su elección mediante el desarrollo de las habilidades

⁹. Ver también estándar 3.1.

¹⁰. Ver Anexo 1 para mayor información sobre atención de salud mental orientada a la “recuperación”

¹¹. La instrucción anticipada es un documento escrito en el que una persona puede especificar por adelantado decisiones sobre la atención en salud, opciones de tratamiento o “recuperación”, en el caso de que no sea capaz de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro. Las instrucciones anticipadas pueden incluir también opciones de tratamiento y de “recuperación” que una persona no quiere tener, y como tal puede ayudar a asegurar de que no reciba ninguna intervención en contra de sus deseos.

necesarias para el empleo, la educación u otras áreas. El desarrollo de habilidades se adapta a las preferencias de “recuperación” de la persona y puede incluir la mejora de habilidades de vida y de autocuidado.

- 2.3.5. Se motiva a los usuarios a establecer una red de apoyo social y/o mantener el contacto con los miembros de su red para facilitar la vida independiente en la comunidad. El establecimiento proporciona asistencia para contactar a los usuarios con familiares y amigos, de acuerdo con sus deseos.
- 2.3.6. Los establecimientos vinculan a los usuarios con el sistema general de atención de salud, otros niveles de servicios de salud mental, tales como la atención secundaria, y con servicios de la comunidad, tales como apoyo económico, alojamiento, agencias de empleo, centros de día y atención residencial asistida¹².

Estándar 2.4. La medicación psicotrópica está disponible, es asequible y se usa apropiadamente.

Crterios

- 2.4.1. El establecimiento dispone de la medicación psicotrópica adecuada (especificada en la lista nacional de medicamentos esenciales) o es posible recetarla.
- 2.4.2. Se dispone de un suministro constante de medicamentos psicotrópicos esenciales, en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de los usuarios.
- 2.4.3. El tipo y la dosis del medicamento siempre son apropiados para los diagnósticos clínicos de los usuarios y se revisan con regularidad.
- 2.4.4. Los usuarios están informados sobre el propósito de los medicamentos que se ofrecen y sus potenciales efectos secundarios.
- 2.4.5. Los usuarios están informados sobre las opciones de tratamiento que son posibles alternativas a la medicación o podrían complementarla, tales como la psicoterapia.

Estándar 2.5. Existe disponibilidad de servicios adecuados para la salud general y reproductiva.

Crterios

- 2.5.1. Se ofrece a los usuarios exámenes de salud física y/o detección de enfermedades específicas al ingresar en el establecimiento y, posteriormente, con regularidad.
- 2.5.2. El tratamiento para los problemas generales de salud, incluyendo vacunas, está a disposición de los usuarios en los establecimientos o a través de derivación a otro establecimiento.
- 2.5.3. Cuando se necesitan procedimientos quirúrgicos o médicos que no pueden ser proporcionados en el establecimiento, existen mecanismos de referencia para asegurar que los usuarios reciban estos servicios de salud en forma oportuna.
- 2.5.4. En el establecimiento se lleva a cabo educación y promoción de salud en forma regular.
- 2.5.5. Los usuarios son informados y asesorados sobre asuntos de salud reproductiva y planificación familiar.
- 2.5.6. A los usuarios se les proporcionan servicios de salud general y reproductiva con el consentimiento libre e informado.

¹². Ver también Tema 5.

Tema 3. El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona. (Artículos 12 y 14 de la CDPD)

Estándar 3.1.¹³ Las preferencias de los usuarios en cuanto al lugar y forma de tratamiento son siempre una prioridad.

Criterios

- 3.1.1. Las preferencias de los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre dónde van a recibir los servicios.
- 3.1.2. Se hacen todos los esfuerzos para facilitar el alta de la hospitalización, de modo de que los usuarios puedan vivir en sus comunidades¹⁴.
- 3.1.3. Las preferencias de los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y “recuperación”.

Estándar 3.2. Existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado.

Criterios

- 3.2.1. La hospitalización y el tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado de los usuarios.
- 3.2.2. El personal respeta las instrucciones anticipadas de los usuarios cuando proveen el tratamiento¹⁵.
- 3.2.3. Los usuarios tienen el derecho a rechazar el tratamiento.
- 3.2.4. Todo caso de tratamiento y detención en un establecimiento sin el consentimiento libre e informado se documenta y se informa rápidamente a una autoridad legal.
- 3.2.5. A las personas que reciban tratamiento o sean detenidas en un establecimiento sin su consentimiento informado se les informa acerca de los procedimientos para apelar sobre su tratamiento o detención.
- 3.2.6. Los establecimientos apoyan el acceso de las personas a procedimientos de apelación y representación legal cuando se les da tratamiento o se les mantiene en el establecimiento sin su consentimiento informado¹⁶.

Estándar 3.3. Los usuarios pueden ejercer su capacidad jurídica y se les da el apoyo¹⁷ que puedan necesitar para ejercer su capacidad jurídica.

Criterios

- 3.3.1. En todo momento, el personal interactúa con los usuarios de una manera respetuosa, reconociendo su capacidad para comprender la información, tomar decisiones y poder elegir.
- 3.3.2. Se proporciona información clara y completa sobre los derechos de los usuarios en forma escrita y verbal.

¹³. Ver también estándar 2.3.

¹⁴. El criterio 3.1.2 se aplica sólo a los establecimientos de hospitalización; todos los demás criterios establecidos bajo el estándar 3.1 se aplican tanto a los establecimientos de hospitalización como ambulatorios.

¹⁵. Ver estándar 2.3.

¹⁶. Ver también estándar 4.5.

¹⁷. Ver Anexo 2 para mayor información sobre toma de decisiones con apoyo

- 3.3.3. Se entrega a los usuarios información clara y completa sobre la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y “recuperación” en una forma que entiendan y que les permita tomar decisiones libres e informadas.
- 3.3.4. Los usuarios pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones sobre la hospitalización, tratamiento y asuntos personales, legales, financieros u otros, y las personas seleccionadas serán reconocidas como tales por el personal¹⁸.
- 3.3.5. El personal respeta la autoridad de la persona o red de personas de apoyo que han sido designadas por el usuario para comunicar sus decisiones con apoyo.
- 3.3.6. La toma de decisiones con apoyo es el modelo predominante, y se evita la toma de decisiones sustitutiva.
- 3.3.7. Cuando un usuario carece de una persona o una red de personas de apoyo y desea designar una, el establecimiento ayudará al usuario a acceder al apoyo adecuado.

Estándar 3.4. Los usuarios tienen el derecho a la confidencialidad y al acceso a su información de salud personal.

Criterios

- 3.4.1. Se crea una ficha médica personal y confidencial para cada usuario.
- 3.4.2. Los usuarios tienen acceso a la información contenida en sus fichas médicas.
- 3.4.3. Se resguarda la confidencialidad de la información sobre los usuarios.
- 3.4.4. Los usuarios pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas sin censura.

Tema 4. Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (Artículos 15 y 16 de la CDPD)

Estándar 4.1. Los usuarios tienen el derecho a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional.

Criterios

- 4.1.1. Los miembros del personal tratan a los usuarios con humanidad, dignidad y respeto.
- 4.1.2. Ningún usuario es sometido a abuso verbal, físico, sexual o mental.
- 4.1.3. Ningún usuario es sometido a descuido físico o emocional.
- 4.1.4. Se han adoptado medidas apropiadas para prevenir todas las formas de abuso.
- 4.1.5. El personal apoya a usuarios que han sido víctimas de abuso para que puedan acceder a la ayuda que puedan desear.

¹⁸. Ver Anexo 2 para mayor información sobre toma de decisiones con apoyo

Estándar 4.2. Se utilizan métodos alternativos al aislamiento¹⁹ y contención²⁰ para “atenuar el escalamiento” de crisis potenciales.

Criterios

- 4.2.1. Los usuarios no son sometidos a aislamiento o a contención.
- 4.2.2. Se han implementado alternativas al aislamiento y contención en el establecimiento, y el personal está capacitado en técnicas de “atenuar el escalamiento”²¹ para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a los usuarios o al personal.
- 4.2.3. Se realiza una evaluación de “atenuación del escalamiento” consultando al usuario, con el objetivo de identificar los gatillantes²² y factores que él o ella considera que logran aminorar sus situaciones de crisis y para determinar sus métodos preferidos de intervención en crisis.
- 4.2.4. Los métodos preferidos de intervención identificados por el usuario están disponibles para ser utilizados en una crisis y se integran en el plan individual de “recuperación” del usuario.
- 4.2.5. Se registra cualquier caso de aislamiento o de contención (por ejemplo, tipo, duración) y se informa al director del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente.

Estándar 4.3. No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el establecimiento o referido a otro establecimiento, y pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado del usuario.

Criterios

- 4.3.1. No se administra ninguna terapia electroconvulsiva sin el consentimiento libre e informado de los usuarios.
- 4.3.2. Existe disponibilidad y cumplimiento de guías clínicas claras, basadas en la evidencia, sobre cómo y cuándo la terapia electroconvulsiva puede o no ser administrada.
- 4.3.3. Nunca se utiliza la terapia electroconvulsiva en su forma no modificada (es decir, sin un anestésico y un relajante muscular).
- 4.3.4. Nunca se administra la terapia electroconvulsiva a un menor de edad.
- 4.3.5. No se lleva a cabo psicocirugía ni otros tratamientos irreversibles sin el consentimiento libre e informado del usuario y la aprobación de una comisión independiente.
- 4.3.6. No se llevan a cabo abortos ni esterilizaciones en los usuarios sin su consentimiento.

¹⁹. “Aislamiento” significa mantener a una persona sola en un cuarto con llave o área de seguridad de la cual ella está físicamente impedida de salir.

²⁰. “Contención” significa en este documento el uso de un dispositivo mecánico o medicamentos para impedir que una persona se mueva.

²¹. Técnicas de “atenuar el escalamiento” pueden involucrar: pronta evaluación e intervención rápida en situaciones potenciales de crisis; uso de métodos de resolución de problemas con la persona interesada; ser empático y tranquilizador; uso de técnicas de manejo del estrés o de relajación, tales como ejercicios de respiración; dar espacio a la persona; ofrecer alternativas; dar a la persona tiempo para pensar.

²². Entre los gatillantes se puede incluir el ser presionado para hacer algo, recibir ciertas preguntas o estar en la presencia de una persona con la que uno no se sienta cómodo. Entre los factores que contribuyen a atenuar una crisis se pueden incluir quedarse solo durante un tiempo, hablar con una persona en quien se confía o escuchar música.

Estándar 4.4. No se somete a ningún usuario a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado.

Criterios

- 4.4.1. Los experimentos médicos o científicos se llevan a cabo sólo con el consentimiento libre e informado de los usuarios.
- 4.4.2. El personal no recibe ningún privilegio, compensación o remuneración a cambio de promover o reclutar a los usuarios a participar en experimentos médicos o científicos.
- 4.4.3. No se lleva a cabo experimentación médica o científica si es potencialmente dañina o peligrosa para el usuario.
- 4.4.4. Cualquier experimentación médica o científica es aprobada por un comité de ética independiente.

Estándar 4.5. Existen medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso.

Criterios

- 4.5.1. Los usuarios están informados y tienen acceso a procedimientos para presentar apelaciones y quejas, con carácter confidencial, a un organismo legal externo e independiente en temas relacionados al descuido, abuso, aislamiento o contención, hospitalización o tratamiento sin el consentimiento informado y otras materias relevantes.
- 4.5.2. Los usuarios están protegidos contra las repercusiones negativas derivadas de las quejas que pudieran presentar.
- 4.5.3. Los usuarios tienen acceso a representantes legales y pueden reunirse con ellos confidencialmente.
- 4.5.4. Los usuarios tienen acceso a defensores para ser informados de sus derechos, discutir los problemas y ser apoyados en el ejercicio de sus derechos humanos y la presentación de apelaciones y quejas.
- 4.5.5. Se toman medidas disciplinarias y/o legales contra cualquier persona que abuse o descuide a los usuarios.
- 4.5.6. El establecimiento es supervisado por una autoridad independiente para prevenir la ocurrencia de malos tratos.

Tema 5. El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (Artículo 19 de la CDPD)

Estándar 5.1. Se apoya a los usuarios para el acceso a un lugar donde vivir y contar con los recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad.

Criterios

- 5.1.1. El personal informa a los usuarios sobre las opciones de vivienda y de recursos económicos.
- 5.1.2. El personal apoya a los usuarios a acceder y mantener una vivienda segura, asequible y decente.
- 5.1.3. El personal apoya a los usuarios en el acceso a recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad.

Estándar 5.2. Los usuarios pueden acceder a oportunidades de educación y empleo.

Crterios

- 5.2.1. El personal da información a los usuarios sobre las oportunidades de educación y empleo en la comunidad.
- 5.2.2. El personal apoya a los usuarios en el acceso a oportunidades de educación, incluyendo educación primaria, secundaria y superior.
- 5.2.3. El personal apoya a los usuarios en el desarrollo de carreras laborales y en el acceso a empleo remunerado.

Estándar 5.3. Se apoya el derecho de los usuarios a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.

Crterios

- 5.3.1. El personal entrega a los usuarios la información necesaria para que puedan participar plenamente en la vida política y pública y gozar de los beneficios de la libertad de asociación.
- 5.3.2. El personal apoya a los usuarios en el ejercicio de su derecho a voto.
- 5.3.3. El personal apoya a los usuarios en la incorporación y participación en las actividades de organizaciones políticas, religiosas, sociales, de discapacidad y discapacidad mental y otros grupos.

Estándar 5.4. Se apoya a los usuarios en la participación en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación.

Crterios

- 5.4.1. El personal brinda a los usuarios información sobre opciones disponibles de actividad social, cultural, religiosa y recreativa.
- 5.4.2. El personal apoya a los usuarios para que participen en actividades sociales y recreativas de su preferencia.
- 5.4.3. El personal apoya a los usuarios para que participen en actividades culturales y religiosas de su preferencia.

Anexo 5. Ejemplos de tamaños de muestras para diferentes tipos de establecimientos, según el número de trabajadores y de usuarios.

Recordatorio (ver sección 5: Determinar el método de la evaluación)

El número de personas entrevistadas dependerá del número de usuarios y personal asociados con el establecimiento, el tamaño total del establecimiento y el número de unidades que comprende. Por ejemplo:

- Si sólo seis usuarios reciben atención en un establecimiento, todos (100%) deberían ser entrevistados.
- Si hay 16 usuarios, un mínimo de ocho (50%) debería ser entrevistado.
- Si hay 40 usuarios o más, al menos 12 (aproximadamente el 30%) deberían ser entrevistados.
- El número de entrevistas a ser realizadas con los integrantes de la familia puede ser determinado dividiendo por dos el número de entrevistas previstas con los usuarios. Por lo tanto, en los escenarios anteriores, el número de integrantes de la familia a entrevistar serían tres (50% del número de usuarios), cuatro (50%) y seis (50%).
- Los números del personal a ser entrevistados puede ser determinado sobre la base de las mismas proporciones utilizadas para los usuarios.

Estas proporciones son sólo guías. Podría ser innecesario realizar el número predeterminado de entrevistas si el equipo de evaluación considera que ha reunido la información suficiente para determinar las condiciones de calidad y de derechos humanos del establecimiento. Por ejemplo, no tiene sentido entrevistar personas si las entrevistas no aportan información adicional importante. Por lo tanto, con los probables abandonos y rechazos a dar consentimiento, a menudo habrá una diferencia entre lo planificado y el número real de entrevistas realizadas.

No es obligatorio llevar a cabo entrevistas para los establecimientos generales de salud. Las comparaciones entre los establecimientos de salud mental y general se pueden hacer basadas en la observación. Sin embargo, para una comparación más profunda, también pueden llevarse a cabo entrevistas para los establecimientos generales de salud utilizando las proporciones anteriores como una guía.

Hospitales psiquiátricos

Establecimiento	Número total de personal	Número total de usuarios	Número de entrevistas planificadas:		
			Usuarios	Integrantes de la familia	Personal
H-1	17	70	23	12	9
H-2	18	120	40	20	9
H-3	14	65	22	11	7
H-4	22	110	37	19	11
H-5	20	125	42	21	10
Establecimiento de salud general (idealmente terciario)	40	140	-	-	-
Total	131	630	164	83	46

Unidades de hospitalización

Establecimiento	Número total de personal	Número total de usuarios	Número de entrevistas planificadas:		
			Usuarios	Integrantes de la familia	Personal
U-1	2	12	12	6	2
U-2	3	4	4	2	3
U-3	4	6	6	3	4
U-4	3	8	8	4	3
U-5	2	13	13	6	2
Establecimiento de salud general (idealmente unidad de hospitalización)	6	12	-	-	-
Total	20	55	43	21	14

Establecimientos ambulatorios

Establecimiento	Número total de personal	Número total de usuarios por semana	Número de entrevistas planificadas:		
			Usuarios	Integrantes de la familia	Personal
A-1	2	120	40	20	2
A-2	3	90	30	15	3
A-3	4	60	20	10	4
A-4	3	80	26	13	3
A-5	2	130	44	22	2
Dispositivo/ establecimiento de salud general (idealmente ambulatorio)	4	60	-	-	-
Total	18	540	160	80	14

Establecimientos de atención diurna

Establecimiento	Número total de personal	Número total de usuarios por semana	Número de entrevistas planificadas:		
			Usuarios	Integrantes de la familia	Personal
D-1	2	12	12	6	2
D-2	3	4	4	2	3
D-3	4	6	6	3	4
Establecimiento de salud general (idealmente tratamiento diurno)	4	12	-	-	-
Total	13	34	22	11	9

Anexo 6. Muestras de formularios de consentimiento para los entrevistados que participan en una evaluación (para ser adaptado al contexto nacional)

[Instrucciones para el entrevistador: Lea la introducción y el propósito de la visita y entrevista al entrevistado. Si usted está aunque sea levemente preocupado de que él o ella no entiendan plenamente cada cláusula, explique el significado y las implicaciones en términos tan simples y comprensibles como le sea posible. Asegúrese que la persona esté realmente dando su “consentimiento informado” para ser entrevistada. Si considera que la persona es incapaz de firmar este formulario de consentimiento porque él o ella no entienden su contenido, incluso después de haber explicado el propósito cuidadosamente, él o ella no debe ser entrevistado. En algunos casos, se puede hacer una grabación de la entrevista. Cuando este sea el caso, el entrevistado debe firmar tanto el consentimiento para ser entrevistado como el consentimiento para ser grabado].

Introducción y el propósito de la visita y entrevista

Mi nombre es *[Nombre del evaluador y profesión o formación, si procede...]*

Trabajo como parte de un equipo, que incluye *[Nombres de otros miembros del equipo de evaluación, y las profesiones o formación, si procede]*

El propósito de las entrevistas que estoy realizando es reunir información y las perspectivas del personal, los usuarios o residentes y miembros de familias (o amigos o cuidadores) acerca de este establecimiento.

Si acepta ser entrevistado, le haré preguntas sobre el establecimiento donde Usted está en tratamiento, la atención y el tratamiento que ha recibido y el respeto de los derechos de las personas en el establecimiento.

Soy un “evaluador independiente”, lo que significa que no tengo ningún vínculo u obligación respecto de cualquier persona u organización. Realizo mi trabajo de forma independiente y no estoy sujeto a ningún tipo de presión externa en el modo en que realizo mi trabajo, ni puedo estar influenciado para hacer afirmaciones inexactas o retener información sobre mis hallazgos o mi informe.

Ser un “evaluador independiente” también significa que nadie que no sea yo, o el equipo con el que estoy trabajando, sabrá lo que usted me dice. Aunque vamos a compartir nuestro informe final con *[marque la casilla abajo según corresponda]*, nos aseguraremos de que lo que Usted nos diga se mantenga confidencial en nuestro informe.

- La dirección del establecimiento
- Personas que trabajan en este establecimiento
- Gobierno
- Medios de comunicación
- Organizaciones no gubernamentales
- Otros (especificar)_____

Con el fin de asegurar que su identidad no sea divulgada, su nombre no será escrito en el formulario de entrevista y no aparecerá en el informe final.

Si me informa de un hecho o asunto en particular que cree que hará fácil que lo identifiquen y que prefiera que no lo relacionen con él, por favor hágamelo saber, y vamos a hacer todo lo posible para asegurar que su identidad esté protegida.

Voy a hacerle preguntas que vienen en un instrumento de la Organización Mundial de la Salud para evaluar y mejorar la calidad y los derechos humanos en establecimientos de salud mental y de apoyo social.

Usted no tiene la obligación de seguir adelante con esta entrevista conmigo, y puede negarse a participar si así lo desea. Se mantendrá confidencial su deseo de no participar. No habrá pena, sanciones u otras repercusiones negativas en caso de que se niegue a participar en esta entrevista.

Si usted accede a responder a estas preguntas, puede detener la entrevista en cualquier momento, y su decisión de detener la entrevista será confidencial. De nuevo, ninguna pena, sanción o repercusiones ocurrirán si se niega a terminar la entrevista. Algunas preguntas pueden ser delicadas para Usted; si no desea responder a ellas, podemos pasar a la siguiente pregunta.

El equipo con el que trabajo y yo esperamos que la información que obtengamos de usted y de otras personas, y de visitar y evaluar el establecimiento, se utilice para identificar las cosas que deben ser mejoradas. Si bien esperamos que esta evaluación de lugar para mejoras, no podemos garantizar que las cosas con las cuales usted está insatisfecho vayan a cambiar. Sin embargo, haremos todo lo posible para utilizar esta información para lograr los cambios positivos que se puedan necesitar.

[Cuando la entrevista vaya a ser grabada] Me gustaría grabar esta entrevista, pero usted tiene derecho a que no se grabe. Nos aseguraremos de que las cintas no se entreguen a nadie fuera de este equipo de monitoreo, y su nombre no será vinculado a la grabación. Nuevamente, ninguna pena, sanción o repercusiones ocurrirán si usted decide que preferiría no tener la entrevista grabada.

Si está de acuerdo a que la entrevista sea grabada, por favor firme tanto la parte A como la parte B del formulario de consentimiento al dorso.

Si está de acuerdo sólo con la entrevista pero no con la grabación de la entrevista, por favor firme solamente la parte A del formulario de consentimiento al dorso.

Por favor, hágame cualquier pregunta que usted tenga acerca de esta entrevista antes de firmar el formulario de consentimiento. También puede interrumpirme durante la entrevista si usted tiene alguna pregunta sobre esta.

La entrevista durará aproximadamente [... horas, ... minutos. Manifieste una duración aproximada.]

Formularios de consentimiento

Parte A. Consentimiento para ser entrevistado

Acepto participar en una entrevista, cuyo objetivo es reunir información y las opiniones del personal, los usuarios y los miembros de las familias (o amigos o cuidadores), sobre el establecimiento, la atención y el tratamiento proporcionados y sobre los derechos de las personas en el establecimiento.

Entiendo que estoy participando libremente en esta entrevista, sin ser obligado en cualquier forma a hacerlo, y que tengo el derecho a negarme a participar. Si decido no participar, esto se mantendrá confidencial, y no habrá pena, sanciones o repercusiones incurridas por mí si me niego.

Entiendo que puedo detener esta entrevista en cualquier momento en que yo desee no continuar y que esto se mantendrá confidencial y ninguna pena, sanciones o repercusiones se incurrirán por mí si pongo fin a la entrevista.

Entiendo que mi identidad se mantendrá estrictamente confidencial.

Entiendo que este formulario de consentimiento no estará vinculado a la herramienta de entrevista y que mis respuestas serán confidenciales.

Se me ha explicado el propósito de esta entrevista, y entiendo el contenido de este formulario.

Nombre en mayúsculas: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Parte B. Consentimiento para la grabación de la entrevista por audio o video

Mediante esta declaración acepto que se grabe esta entrevista. Entiendo que mi nombre no se vinculará a la grabación, y que nadie podrá vincularme a las respuestas que yo dé.

Nombre en mayúsculas: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Parte C. Consentimiento para la toma de fotografías durante la entrevista

Mediante esta declaración acepto que se tomen fotografías. Entiendo que mi nombre no se vinculará a las fotografías, y que nadie podrá vincularme a las respuestas que yo dé.

Nombre en mayúsculas: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

El *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS* ofrece a los países información práctica y herramientas para la evaluación y mejora de la calidad y las normas de derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. El Instrumento se basa en la *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Proporciona una guía práctica sobre:

- los estándares de derechos humanos y de calidad que deben ser respetados, protegidos y cumplidos en establecimientos de salud mental y de apoyo social, tanto de hospitalización como ambulatorios;
- la preparación y la realización de una evaluación integral de los establecimientos; y la presentación de los resultados y la elaboración de recomendaciones apropiadas basadas en la evaluación.
- la presentación de los resultados y la elaboración de recomendaciones apropiadas basadas en la evaluación.

El instrumento está diseñado para ser usado en países de ingresos bajos, medios y altos. Puede ser utilizado por muchos agentes diferentes, incluyendo comités de evaluación específicos, organizaciones no gubernamentales, instituciones nacionales de derechos humanos, comisiones nacionales de salud o salud mental, organismos de acreditación de servicios en salud y mecanismos nacionales establecidos bajo tratados internacionales para supervisar la implementación de las normas en derechos humanos, y otros con un interés en promover los derechos de las personas con discapacidades.

El *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS* es un recurso esencial, no sólo para poner fin a los descuidos y abusos del pasado, sino también para asegurar servicios de alta calidad en el futuro.



**Organización
Mundial de la Salud**

Desarrollo de Políticas y Servicio en Salud Mental
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, Suiza

