

Salud mental, derechos humanos y legislación

Orientación y práctica



Organización
Mundial de la Salud



NACIONES UNIDAS
DERECHOS HUMANOS
OFICINA DEL ALTO COMISIONADO

Salud mental, derechos humanos y legislación

Orientación y práctica



**Organización
Mundial de la Salud**



**NACIONES UNIDAS
DERECHOS HUMANOS**
OFICINA DEL ALTO COMISIONADO

Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica [Mental health, human rights and legislation: guidance and practice]

ISBN (OMS) 978-92-4-009816-9 (versión electrónica)

ISBN (OMS) 978-92-4-009817-6 (versión impresa)

HR/PUB/23/3 (ACNUDH)

© Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas, 2024

Esta publicación ha sido coeditada por la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas (en nombre de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos).

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y/o las Naciones Unidas (ACNUDH) respaldan una organización, productos o servicios específicos. No está permitido el uso del logotipo de la OMS o del ACNUDH. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta “La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni de las Naciones Unidas (ACNUDH). La OMS y las Naciones Unidas (ACNUDH) no son responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante”.

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (www.wipo.int/amc/es/mediation/rules).

Cita propuesta. Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica [Mental health, human rights and legislation: guidance and practice]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas (representada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos); 2024. Licencia: **CC BY-NC-SA 3.0 IGO**.

Datos del Catálogo de Publicaciones (CIP). Los datos CIP están disponibles en <https://iris.who.int/?locale-attribute=es&>.

Ventas, derechos y licencias. Para adquirir cualquier publicación de la OMS, véase www.who.int/publications/book-orders. Para presentar solicitudes de uso y consultas sobre derechos y licencias, véase www.who.int/es/copyright.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para dicha reutilización y obtener la autorización del titular de los derechos de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS y/o de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas respecto de las cuales puede que aún no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS y las Naciones Unidas los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados se distinguen por la inicial mayúscula.

La OMS y/o las Naciones Unidas han tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni expresa ni implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. En ningún caso la OMS y/o las Naciones Unidas serán responsables de los daños derivados de su utilización.

Los símbolos de los documentos de las Naciones Unidas se componen de letras mayúsculas combinadas con cifras. La mención de una cifra de este tipo indica una referencia a un documento de las Naciones Unidas.

Esta traducción al español ha sido financiada por el ACNUDH y, a petición de la OMS, ha sido editada de acuerdo con las convenciones de estilo editorial y denominación de la OMS. La traducción ha sido revisada por expertos y expertas de ambas partes.

Índice

Prólogo	vii
Agradecimientos	ix
Abreviaturas y siglas	xii
Glosario	xiii
Resumen ejecutivo	xvi
Introducción	1
1. Antecedentes	1
2. Objeto y ámbito de aplicación	2
3. ¿A quién está dirigida la Guía?	3
4. ¿Por qué es importante la Guía?	4
5. ¿Cómo utilizar la Guía?	5
6. ¿Cómo se elaboró la Guía?	6
7. Nota sobre el lenguaje utilizado	7
Capítulo 1. Replantear la legislación sobre salud mental	9
Introducción	9
1.1 Contexto y retos de la salud mental	9
1.2 Salud mental y legislación	12
1.3 Legislación sobre salud mental y derechos humanos	13
1.4 El marco internacional de los derechos humanos	17
1.5 Aplicar el marco de los derechos humanos a la legislación sobre salud mental	23
1.5.1 Un enfoque intersectorial de la salud mental y el bienestar	24
1.5.2 Lucha contra el estigma y la discriminación	27
1.5.3 Acceso a una atención y un apoyo a la salud mental de calidad, centrados en la persona y basados en los derechos	28
1.5.4 Transición hacia la atención y el apoyo comunitarios en materia de salud mental	29
1.5.5 Respetar la capacidad jurídica y el consentimiento informado, y eliminar el uso de la coerción	29
1.5.6 Participación	30
1.5.7 Inclusión en la comunidad	30
1.5.8 Rendición de cuentas	31

Capítulo 2. Disposiciones legislativas para sistemas de salud mental centrados en la persona, orientados a la recuperación y basados en los derechos **33**

Introducción	33
2.1 Garantizar la igualdad y la no discriminación	34
2.1.1 Prohibición de toda forma de discriminación	34
2.1.2 Realización de ajustes razonables	37
2.1.3 Discriminación en el seguro médico	38
2.1.4 Lucha contra el estigma y la discriminación en las comunidades	39
2.1.5 Igual reconocimiento de derechos en los servicios de salud mental	41
2.2 Respeto de la dignidad humana y la capacidad jurídica en los servicios de salud mental	48
2.2.1 Respeto de la capacidad jurídica en los servicios de salud mental	48
2.2.2 Prohibición de sustituir la toma de decisiones en los servicios de salud mental	50
2.2.3 Facilitar la toma de decisiones con apoyo a las personas que utilizan los servicios de salud mental	50
2.2.4 Salvaguardar la voluntad y las preferencias	53
2.2.5 Respetar la evolución de las facultades de los niños y las niñas	56
2.3 Consentimiento informado y eliminación de prácticas coercitivas en la atención de la salud mental	57
2.3.1 Promover y proteger el derecho al consentimiento libre e informado	57
2.3.2 Planificación anticipada	62
2.3.3 Apoyo en momentos de crisis	66
2.3.4 Prohibición de hospitalización y tratamiento involuntarios	68
2.3.5 Eliminar el régimen de aislamiento y la contención	74
2.3.6 Rediseño del proceso de atención	76
2.3.7 Despenalización del suicidio	76
2.4 Acceso a servicios de salud mental de calidad	78
2.4.1 Paridad entre salud física y mental	78
2.4.2 Financiación de la salud mental	80
2.4.3 Acceso asequible y equitativo a la atención de la salud mental	81
2.4.4 Atención de la salud mental con perspectiva de género	83
2.4.5 Atención de la salud mental adecuada a la edad	84
2.4.6 Atención de la salud mental culturalmente apropiada	86
2.4.7 Atención y apoyo a la salud mental antirracista	87
2.4.8 Formación para proveedores de atención sanitaria y social	89
2.5 Prestación de servicios de salud mental en la comunidad	90
2.5.1 Integración de la salud mental en la atención sanitaria general	90
2.5.2 Desarrollo de servicios comunitarios de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos	92
2.5.3 Integración de servicios dirigidos y gestionados por pares	93
2.5.4 Desinstitucionalización	94
2.5.5 Redistribución de los recursos financieros y humanos	96
2.5.6 Aplicación en contextos humanitarios y emergencias	97

2.6 Garantizar la participación plena y efectiva en las decisiones públicas	99
2.6.1 Reconocer el derecho a participar activamente en la toma de decisiones	99
2.6.2 Llevar a cabo consultas accesibles y justas	100
2.7 Garantizar la rendición de cuentas	102
2.7.1 Sistemas de información	102
2.7.2 Órganos de vigilancia independientes	103
2.7.3 Puesta en marcha de mecanismos efectivos de recurso y reparación	105
2.7.4 Responsabilidad civil profesional	107
2.8 Reforma intersectorial para una prestación de servicios holística	108
2.8.1 Promover la inclusión en la comunidad	109
2.8.2 Acceso a la justicia	113

Capítulo 3 Desarrollo, aplicación y evaluación de una legislación sobre salud mental basada en los derechos **123**

Introducción	123
3.1 Participación de las partes interesadas y creación de consenso	123
3.1.1 Implicación activa de todas las partes interesadas, incluidas las personas con experiencia vivida	124
3.1.2 Creación de consenso y voluntad política	125
3.2 Un análisis de la legislación y la política vigentes basado en los derechos	125
3.2.1 Estudiar las obligaciones en virtud de los convenios y normas internacionales	125
3.2.2 Identificar los obstáculos a la atención de la salud mental basada en los derechos	128
3.2.3 Revisión exhaustiva de la legislación nacional y de las buenas prácticas	128
3.2.4 Revisión de la legislación y buenas prácticas de otros países	129
3.3 Redacción de la legislación	130
3.3.1 El proceso de redacción	130
3.3.2 El proceso de consulta	131
3.4 El proceso legislativo	133
3.4.1 Responsabilidad de la adopción de la legislación	133
3.4.2 Debate sobre el proyecto legislativo y su adopción	134
3.4.3 Sanción, promulgación y publicación de la nueva legislación	134
3.4.4 Movilización del debate y participación de la opinión pública	134
3.5 Aplicación	135
3.5.1 Importancia, papel y composición de los órganos responsables de la aplicación	135
3.5.2 Elaboración de reglamentos y otras orientaciones	136
3.5.3 Educación y sensibilización del público	137
3.5.4 Formación de las partes interesadas, de otros sectores y de la comunidad en materia de sistemas de salud mental y atención social	138
3.5.5 Asignación de recursos	138

3.6 Evaluación	139
3.6.1 Importancia de la evaluación	139
3.6.2 Revisión sistemática y periódica de la legislación	140
3.6.3 Criterios y estrategias de evaluación	140
Lista de verificación para evaluar la legislación sobre salud mental basada en los derechos	141
Referencias	167

Prólogo

En los últimos años, la salud mental ha sido cada vez más reconocida como una parte fundamental de la salud, como se refleja en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, cuyo objetivo es lograr la buena salud y el bienestar para todos, con el respaldo de las normas internacionales de derechos humanos y un modelo de la discapacidad basado en los derechos humanos. Las leyes y políticas que garantizan el derecho de acceso a una atención y apoyo a la salud mental de calidad, y el derecho de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial a tomar sus propias decisiones en todas las esferas de la vida, representan avances importantes. Muchos países están trabajando para mejorar el acceso a los servicios comunitarios de salud mental*, reducir el estigma y la discriminación en torno a los problemas de salud mental y promover la participación de las personas con experiencia vivida en los procesos de reforma legislativa y en el diseño de respuestas políticas. Sin embargo, la mayoría de los países se encuentran en las primeras fases de la reforma, y por ello ahora es necesario lograr una mayor voluntad política, inversión y acción para que los sistemas de salud mental adopten enfoques basados en los derechos y centrados en las personas.

El impacto global de la pandemia de la COVID-19 sobre la salud mental, incluida la pérdida de empleo y la inseguridad económica, ha sido profundo. Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial experimentaron mayores niveles de aislamiento social y alteraciones en los sistemas de apoyo. La pandemia también puso de manifiesto las deficiencias de los servicios de salud mental y de apoyo en muchos países.

Al mismo tiempo, en muchos entornos se rompió el silencio en torno al tema de la salud mental, y se ha planteado como prioridad importante la necesidad de incluir la salud mental como parte de la cobertura sanitaria universal. Además, cada vez hay más ejemplos de servicios comunitarios de salud mental basados en los derechos, incluidos los servicios de apoyo entre pares, que pueden ampliarse e incorporarse a los sistemas sanitarios generales. Cada vez se reconoce más el valioso papel que desempeñan las personas con experiencia vivida de los problemas de salud mental a la hora de proporcionar apoyo y orientación entre pares a otras personas que pasan por una experiencia similar. En el sector sanitario, los países están formando al personal sanitario en enfoques de salud mental basados en los derechos. Al reconocer y abordar los factores subyacentes que inciden en la salud mental, podemos contribuir a construir sociedades más igualitarias, pacíficas y sostenibles.

* Estas directrices utilizan “problemas de salud mental” para la traducción del término compuesto “mental health conditions” del texto original en inglés, para evitar el uso de una connotación estrictamente médica. A lo largo de la publicación se promueve un enfoque no estigmatizante de la salud mental, así como de las personas que conviven con problemas de salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) conciben un mundo en el que todas las personas puedan llevar una vida sana y tener acceso a servicios de salud mental asequibles y de alta calidad que utilicen un paradigma de salud mental basado en los derechos y centrado en cada persona; y en el que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial puedan implicarse plenamente en su propia recuperación y participar en todos los ámbitos de la vida. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es un instrumento crucial en este sentido, ya que aboga por abandonar la sustitución en la toma de decisiones y la coerción, en favor de la igualdad y la no discriminación, la toma de decisiones con apoyo, el consentimiento libre e informado, la participación efectiva y significativa y la inclusión en la comunidad.

Esta publicación, preparada conjuntamente por la OMS y el ACNUDH, es un llamamiento a la acción para hacer realidad esa visión. Ofrece un modelo de leyes que promueven los derechos humanos en la salud mental, apoya el cambio jurídico y de actitudes y fomenta las reformas que protegen los derechos de todas las personas que interactúan con los sistemas de salud mental. Propone medidas para establecer servicios de salud mental respetuosos con la dignidad humana y conformes con las normas internacionales de derechos humanos.

Confiamos en que esta Guía sea un recurso útil, especialmente para los Estados y los responsables de la toma de decisiones, así como para las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.



Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director General
Organización Mundial de la Salud



Sr. Volker Türk

Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos

Agradecimientos

Michelle Funk y Natalie Drew Bold dirigieron la elaboración y coordinación de esta Guía bajo la supervisión general de Dévora Kestel, del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con la Sección de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).

Equipo de redacción

Esta publicación ha sido redactada conjuntamente por la OMS y el ACNUDH.

En nombre de la OMS

Alberto Vásquez Encalada (Consultor, Suiza), Michelle Funk (Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias, OMS) y Natalie Drew Bold (Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias, OMS).

En nombre del ACNUDH

Miembros del personal de la Sección de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La OMS y el ACNUDH desean agradecer a las siguientes personas y organizaciones por sus valiosas contribuciones, comentarios y aportaciones:

Colaboradores externos y revisores

Natalie Abrokwa (Universidad de Groningen, Reino de los Países Bajos), Nazish Arman (Fundación Shuchona, Bangladesh), Peter Bartlett (Centro de Salud Mental y Derechos Humanos, Instituto de Salud Mental, Universidad de Nottingham/Centro Colaborador de la OMS sobre Salud Mental, Discapacidad y Derechos Humanos, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Shreya Bhardwaj (Universidad Charles, República Checa), Valerie Bichelmeier (Make Mothers Matter, Francia), Joann Bond (Attorney General's Chambers and the Ministry of Legal Affairs, Guyana), Mauro Giovanni Carta (Universidad de Cagliari, Italia), Francesca Centola (Mental Health Europe, Bélgica), Pyali Chatterjee (Universidad ICFAI, India), Dixon Chibanda, (Friendship Bench y Universidad de Zimbabue, Zimbabue), María Soledad Cisternas (ex Enviada Especial del Secretario General de las Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad, Chile), Lee Allison Clark (Native Women's Association of Canada, Canadá), Jarrod Clyne (International Disability Alliance, Suiza), Ria Mohammed-Davidson (Abogada, Derechos Humanos y Salud Mental, Trinidad y Tobago), Maria de Lourdes Beldi de Alcântara (Universidade de São Paulo, Brasil), Eric Diaz Mella (Centro de Reorganización Regional y Observatorio Social, Chile), Robert Dinerstein (American University Washington College of Law, Estados Unidos), Zuzana Durajová (Universidad Charles, República Checa), Julian Eaton (CBM Global, Reino Unido), Elisabetta Pascolo Fabrici (Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)/Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Formación en Salud Mental, Italia), Alexandra Finch (Georgetown University, Estados Unidos), Leon Garcia

(Centro y Hospital das Clínicas, Brasil), Neeraj Gill (Griffith University, Australia), Guilherme Gonçalves Duarte (Misión Permanente de Portugal en Ginebra, Ministerio de Asuntos Exteriores, Portugal), Piers Gooding (La Trobe Law School, Australia), Lawrence Gostin (O'Neill Institute for National and Global Health Law at Georgetown University Law Center, Georgetown University/WHO Collaborating Center for National and Global Health Law, Estados Unidos), Kristijan Grđan (Association for Psychological Support Croatia, Croacia, y Mental Health Europe, Bélgica), Vivian Hemmelder (Mental Health Europe, Bélgica), Edgar Hilario (Department of Health, Filipinas), Torsten Hjelm (Citizens Commission on Human Rights Europe, Dinamarca), Mushegh Hovsepian (Disability Rights Agenda, Armenia), Dr Irmansyah (The National Research and Innovation Agency, Indonesia), Simon Njuguna Kahonge (Ministerio de Sanidad, Kenia), Olga Kalina (Georgian Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry, Georgia, y European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP), Dinamarca), Elizabeth Kamundia (Kenya National Commission on Human Rights, Kenia), Sylvester Katontoka (Mental Health Users Network of Zambia, Zambia), Brendan Kelly (Trinity College Dublin, Irlanda), Hansuk Kim (Ministry of Health and Welfare, República de Corea), Seongsu Kim (Dawon Mental Health Clinic, República de Corea), Bernard Kuria (Ministerio de Sanidad, Kenia), Karilė Levickaitė (ONG Mental Health Perspectives, Lituania, y Mental Health Europe, Bélgica), Carlos Augusto de Mendonça Lima (Sección de Psiquiatría de la Vejez de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Suiza), Laura Marchetti (Mental Health Europe, Bélgica), Claudia Marinetti (Mental Health Europe, Bélgica), Nemache Mawere (Ingutsheni Central Hospital, Zimbabue), Felicia Mburu (Article 48 Initiative, Kenia), Roberto Mezzina (International Mental Health Collaborating Network and World Federation for Mental Health, Italia), Kendra Milne (Health Justice, Canadá), Angelica Chiketa Mkorongo (Zimbabwe Obsessive Compulsive Disorder Trust, Zimbabue), Guadalupe Morales Cano (Fundación Mundo Bipolar y Red Europea de (Ex)Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría, España), Fabian Musoro (Ministerio de Sanidad, Zimbabue), Macharia Njoroge (Championing for Community Inclusion in Kenya, Kenia), Nasri Omar (Ministerio de Sanidad, Kenia), Cheluchi Onyemelukwe-Onuobia (Babcock University, Nigeria), Hazel Othello (Ministerio de Sanidad, Trinidad y Tobago), Gemma Parojinog (Comisión de Derechos Humanos, Filipinas), Soumitra Pathare (Indian Law Society, India), Eduardo Pinto da Silva (Ministerio de Asuntos Exteriores, Portugal), Gerard Quinn (Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, Irlanda), Carlos Rios-Espinosa (Human Rights Watch, Estados Unidos), Gabriele Rocca (Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial y Comité de Derechos Humanos de la WAPR, Italia), Jean-Luc Roelandt (Service de recherche et de formation en santé mentale, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole/Centre collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale, Francia), Marta Rondon (Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú), Artur Sakunts (Helsinki Citizens' Assembly – HCA Vanadzor, Armenia), San San Oo (Aung Clinic Mental Health Initiative, Myanmar), Liuska Sanna (Mental Health Europe, Bélgica), Josep Maria Solé Chavero (Support-Girona Catalonia, España), Slađana Štrkalj Ivezić (University Psychiatric Hospital Vrapče, Croacia), Charlene Sunkel (Global Mental Health Peer Network, Sudáfrica), Kate Swaffer (Dementia Alliance International, Australia), Bliss Christian Takyi (St. Joseph Catholic Hospital, Ghana), Murali Thyloth (Ramaiah Medical College y World Association for Psychosocial Rehabilitation, India), Emanuela Tollozhina (Ministerio de Sanidad y Protección Social, Albania), Helal Uddin Ahmed (Ministerio de Sanidad y Bienestar Familiar, Bangladesh), Yannis Vardakastanis (International Disability Alliance, Suiza), Javier Vasquez (American University Washington College of Law, Estados Unidos), Simon Vasseur-Bacle (Ministère de la Santé et de la Prévention, Francia; Service de recherche et de formation en santé mentale, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole/Centre collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale, Francia), Alan Woodward (Lifeline International, Australia), Stephanie Wooley (European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry, Francia), Miguel Xavier (Ministerio de Sanidad, Portugal), Peter Badimak Yaro (BasicNeeds Ghana, Ghana) y Martin Zinkler (Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen, Alemania).

Organizaciones e instituciones

Alliance Defending Freedom (ADF) International, Asociación Americana de Psicología (APA), Iniciativa del artículo 48, Red Europea de (Ex)Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (ENUSP), Helsinki Citizens' Assembly(HCA) Vanadzor, Horatio: European Psychiatric Nurses, Alianza Internacional de la Discapacidad (IDA), Red Internacional de Colaboración en Salud Mental (IMHCN), Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA), Kellerkinder e.V., Maat Foundation for Peace, Development and Human Rights, Mental Health Europe (MHE), Minority Rights Group International, National Secular Society (NSS), The Authority for the Care of People with Disabilities, World Association of Psychiatric Rehabilitation (WAPR), World Federation for Mental Health (WFMH) y la Sección de Psiquiatría de la Vejez de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA-Soap).

Colaboradores y revisores de la OMS y el ACNUDH

Personal de la sede de la OMS y consultores

Darryl Barrett, Fatima Batool, Daniel Chisholm, Alarcos Cieza, David Clarke, Tarun Dua, Antony Duttine, Fahmy Hanna, Stéfanie Fréel, Rodney Kort, Dzmitry Krupchanka, Aiysha Malik, Maria Francesca Moro, Vladimir Poznyak, Mark Van Ommeren e Inka Weissbecker.

Personal y consultores de la OMS en regiones y países

Florence Baingana (Oficina Regional de la OMS para África), Andrea Bruni (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental), Claudina Cayetano (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Ledia Lazeri (Oficina Regional de la OMS para Europa), Carmen Martínez (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Maristela Monteiro (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Alejandro Morlachetti (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Renato Oliveira E Souza (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Khalid Saeed (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental), Martin Vandendyck (Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental), Neli Demi (Oficina Nacional de la OMS para Albania), Ignacio Ibarra Espinosa (Oficina Regional de la OMS para las Américas), Jason Maurer (Oficina Regional de la OMS para Europa), Melita Murko (Oficina Regional de la OMS para Europa) y Jasmine Vergara (Oficina Nacional de la OMS para Filipinas).

Personal del ACNUDH y revisores

Esta publicación conjunta se ha beneficiado de las contribuciones sustantivas de los miembros del personal de la sede del ACNUDH y sobre el terreno, además de las realizadas por los miembros del Comité de Publicaciones de la Oficina y los revisores inter pares designados internamente*.

Apoyo financiero

La OMS desea agradecer el generoso apoyo financiero por parte del Gobierno de Portugal a su contribución a esta publicación conjunta.

* De conformidad con la política del ACNUDH, las contribuciones a sus publicaciones no se asignan a los empleados de la Oficina.

Abreviaturas y siglas

ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CSU	cobertura sanitaria universal
DNUDPI	Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
SOGIESC	orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales
TEC	terapia electroconvulsiva

Glosario

Modelo biomédico

El modelo biomédico de salud mental se basa en el concepto de que los problemas de salud mental están causados por procesos neurobiológicos (1, 2). En consecuencia, la atención suele centrarse en el diagnóstico, la medicación y la reducción de los síntomas, en lugar de tener en cuenta todos los factores sociales y ambientales que pueden repercutir en la salud mental. Esto puede dar lugar a un enfoque limitado de la atención y el apoyo que puede no abordar las causas profundas del malestar emocional y el trauma.

Discapacidad

La discapacidad es el resultado 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 (3).

Discriminación por motivos de discapacidad

Toda distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad, incluidos los problemas de salud mental, 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 y civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables (4).

Enfoque basado en los derechos humanos

Marco conceptual de procesos y acciones que se basa normativamente en normas internacionales de derechos humanos y está operacionalmente dirigido a promover y proteger los derechos humanos. Un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos implica la adopción de marcos jurídicos y políticos, así como la aplicación de prácticas compatibles con las obligaciones de los Estados en virtud del derecho internacional de los derechos humanos. Está diseñado para equipar a todos los actores estatales y no estatales para que identifiquen, analicen y aborden las desigualdades y la discriminación con el fin de llegar a las personas que se quedan atrás, garantizando la participación de todas las personas implicadas, los responsables políticos, las organizaciones de la sociedad civil, los grupos comunitarios y de base; y cuando sea necesario, garantizando vías de reparación y rendición de cuentas (5).

Capacidad jurídica

La capacidad de ser a la vez titular de derechos y la de actuar en derecho. La capacidad jurídica de ser titular de derechos concede a la persona la protección plena de sus derechos por el ordenamiento jurídico. La capacidad jurídica de actuar en derecho reconoce a esa persona como actor facultado para realizar transacciones y para crear relaciones jurídicas, modificarlas o ponerles fin (6).

Grupos marginados

Diferentes grupos de personas dentro de una cultura dada, contexto e historia, en peligro de ser objeto de discriminación múltiple debido a relaciones de poder desiguales y a la interacción de diferentes características o motivos personales, como la raza, el sexo, la identidad o expresión de género, la orientación sexual, las características sexuales, la edad, la discapacidad, el origen nacional, étnico, indígena o social, la casta, la condición de persona migrante o refugiada, el idioma, la religión, la opinión política o de otro tipo, la educación o los ingresos, o la vida en distintas localidades geográficas (7).

Recuperación

El enfoque de la recuperación en salud mental se centra en ayudar a las personas a recuperar o mantener el control de sus vidas. El significado de la recuperación puede ser diferente para cada persona y puede incluir (re)obtener sentido y propósito en la vida; estar empoderado/a y ser capaz de vivir una vida autodirigida; fortalecer el sentido de sí mismo y la autoestima; tener esperanza en el futuro; superar un trauma; y vivir una vida con un propósito. Cada persona debería tener la oportunidad de definir lo que la recuperación significa para ella y en qué áreas de su vida desea centrarse como parte de su propio trayectoria de recuperación. La recuperación considera a la persona y su contexto como un todo, y ya no se adhiere a la idea o el objetivo de que la persona “se cure” o “deje de tener síntomas” (8).

Ajustes de procedimiento

Todas las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas en el contexto del acceso a la justicia, cuando se requieran en un caso determinado, para garantizar la participación de las personas con discapacidad y otros grupos en igualdad de condiciones con las demás. A diferencia de los “ajustes razonables”, los “ajustes de procedimiento” no están limitados por el concepto de “carga desproporcionada o indebida” (9).

Ajustes razonables

Todas 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 y a otros grupos el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (4).

Discapacidad psicosocial

Esta Guía adopta la definición de discapacidad de la CDPD y entiende que la discapacidad psicosocial surge de la interacción entre las personas con deficiencias reales o percibidas 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. Ejemplos de estas barreras son la discriminación, el estigma y la exclusión (10). Este término pretende reflejar un enfoque social y no médico de las experiencias mentales y emocionales, centrándose en las barreras debidas a la actitud y al entorno que restringen la participación igualitaria de una persona en la sociedad (11, 12). Aunque la Convención utiliza el término “deficiencia”, esta Guía evita dicho término para respetar las diversas perspectivas de las personas con experiencia vivida de discapacidad psicosocial y la naturaleza dinámica de los estados mentales y emocionales.

Sustitución en la toma de decisiones

Regímenes en los que se despoja a las personas de la capacidad jurídica, aunque sea con respecto a una única decisión; se nombra a un sustituto en la adopción de decisiones en nombre de la persona afectada; o las decisiones las toma otra persona basándose en lo que se cree que es “el interés superior” de la persona afectada, en lugar de basarse en la propia voluntad y preferencias de la persona (13).

Toma de decisiones con apoyo

Regímenes que comprenden diversas opciones de apoyo que permiten a una persona ejercer su capacidad jurídica y tomar decisiones con apoyo (14). Aunque los regímenes de toma de decisiones con apoyo pueden adoptar muchas formas, en ellos la capacidad jurídica nunca se suprime ni se restringe; un tercero no puede designar a una persona de apoyo en contra de la voluntad de la persona afectada; y el apoyo debe prestarse en función de la voluntad y las preferencias de la persona (15).

Resumen ejecutivo

Introducción

La salud mental es cada vez más una prioridad de salud pública y un imperativo de derechos humanos. Por ello, cada vez más países están adoptando o reformando leyes relacionadas con la salud mental. La legislación vigente a menudo no aborda los factores sociales y económicos que afectan a la salud mental y, por tanto, puede perpetuar la discriminación y las violaciones de los derechos humanos, como la negación de la capacidad jurídica, las prácticas coercitivas, la institucionalización y la atención de mala calidad, incluso en los entornos de atención de la salud mental.

En respuesta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), entre otras partes interesadas internacionales, abogan activamente por un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos. El marco internacional de derechos humanos, en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), exige un cambio significativo de los enfoques biomédicos hacia un paradigma de apoyo que promueva la dignidad humana, la autonomía y la inclusión en la comunidad.

La presente publicación conjunta de la OMS y el ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica* (en adelante, “la Guía”), tiene por objeto ayudar a los países a adoptar, modificar o aplicar la legislación relacionada con la salud mental. Su objetivo es garantizar que las políticas, los sistemas, los servicios y los programas de salud mental proporcionen atención y apoyo de alta calidad para todas las personas, en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos, incluida la CDPD. La Guía fomenta la integración de la salud mental en la legislación general en lugar de la adopción de leyes específicas sobre salud mental.

La Guía está destinada a legisladores, responsables políticos y profesionales implicados en la legislación y la atención en materia de salud mental. También puede ser útil para quienes trabajan en ámbitos relacionados, como entidades de las Naciones Unidas, funcionarios gubernamentales, personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, organizaciones profesionales, familiares, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de personas con discapacidad, trabajadores humanitarios, organizaciones comunitarias, organizaciones confesionales, investigadores, académicos y representantes de los medios de comunicación.

La Guía consta de tres capítulos y una lista de verificación que abarca el proceso y el contenido para garantizar una legislación basada en los derechos:

- El **capítulo 1** analiza los retos asociados a la actual legislación en materia de salud mental y destaca la necesidad de reformas que estén en consonancia con el marco internacional de derechos humanos.
- El **capítulo 2** describe los principios y cuestiones más importantes que debería incorporar la legislación sobre salud mental, con ejemplos de disposiciones basadas en los derechos.
- El **capítulo 3** explica cómo elaborar, aplicar y evaluar la legislación relacionada con la salud mental siguiendo un proceso basado en los derechos.
- Una **lista de verificación** para que los países evalúen si su legislación adopta un enfoque basado en los derechos.

Capítulo 1. Replantear la legislación sobre salud mental

La salud mental y el bienestar están estrechamente relacionados con el entorno social, económico y físico, así como con la pobreza, la violencia y la discriminación. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud mental se centran en el diagnóstico, la medicación y la reducción de los síntomas, descuidando los determinantes sociales que afectan a la salud mental de las personas. Demasiadas personas sufren discriminación y violaciones de los derechos humanos cuando buscan atención y apoyo a la salud mental: a algunas se les niega la atención por motivos de raza, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad o condición social. Otras están expuestas a servicios de mala calidad y condiciones de vida inhumanas, sin agua potable ni saneamiento básico, o reciben un trato deshumanizador y degradante. La hospitalización y el tratamiento involuntarios, el confinamiento, la reclusión en régimen de aislamiento, y el uso de medios de coerción son también frecuentes en la mayoría de los sistemas de salud mental. Las mujeres, las niñas y las personas con orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales diversas (SOGIESC) pueden enfrentarse además a prácticas nocivas, como la esterilización forzada, el aborto forzado y las terapias de conversión. Las violaciones generalizadas de los derechos humanos y los daños causados por los sistemas de salud mental han dado lugar a un legado de traumas que afecta a muchas personas y comunidades y se extiende a lo largo de generaciones.

Durante los últimos 150 años, la legislación sobre salud mental ha legitimado y, en algunos casos, facilitado estas violaciones de los derechos humanos: las primeras leyes consolidaron el paternalismo y el concepto de que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial son “peligrosas”. La legislación vigente sobre salud mental tiene importantes implicaciones para los derechos humanos, ya que a menudo está desfasada, su concepción de los derechos humanos es limitada y se basa en un modelo biomédico reduccionista. La legislación independiente que tienen la mayoría de los países incluye disposiciones para limitar los derechos, por ejemplo, mediante el internamiento involuntario y el tratamiento forzoso, la contención y el régimen de aislamiento. Además, las leyes de salud mental a menudo refuerzan las estructuras de poder y contribuyen a la opresión de las poblaciones marginadas. Aunque la adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) ha renovado el interés por revisar la legislación sobre salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos, la mayoría de los países no han cuestionado los antiguos enfoques biomédicos ni las competencias de tratamiento obligatorio.

El marco internacional de derechos humanos exige que los países adopten un enfoque de la legislación sobre salud mental basado en los derechos. La salud mental es una cuestión fundamental de derechos humanos y esencial para hacer efectivo el derecho a la salud. La CDPD refuerza la protección de las normas internacionales de derechos humanos en la atención de la salud mental y reconoce que los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial son iguales a los de cualquier persona. La CDPD crea un entorno jurídico propicio a partir del cual desarrollar sistemas de salud mental basados en los derechos que den prioridad al empoderamiento de la persona y a su participación en su propia recuperación.

La legislación sobre salud mental debe, por tanto, tomar una nueva dirección que se aleje del estrecho “paradigma biomédico” tradicional que ha contribuido a crear entornos coercitivos y confinados en los servicios de salud mental (16). Para lograrlo y adoptar plenamente los derechos humanos, esta Guía propone nuevos enfoques, tal como establecer un mandato claro para que los sistemas de salud

mental adopten enfoques basados en los derechos; brindar servicios centrados en la persona y basados en la comunidad; sensibilizar y combatir el estigma; erradicar la discriminación y la coerción; promover la inclusión y la participación de la comunidad; y desarrollar medidas de rendición de cuentas. Cualquier nueva orientación requiere el compromiso y la participación de las personas con experiencia vivida, incluida la experiencia del trauma intergeneracional, en la configuración de la ley para reflejar y responder a sus perspectivas en la búsqueda de la recuperación, la reparación y la sanación. Este enfoque colaborativo es esencial para crear un sistema de salud mental que respete los derechos humanos, priorice la atención y el apoyo sobre el control, y apoye a las personas para que alcancen su pleno potencial.

Capítulo 2. Disposiciones legislativas para sistemas de salud mental centrados en la persona, orientados a la recuperación y basados en los derechos

El capítulo 2 propone una serie de disposiciones legislativas que los países pueden adoptar para apoyar un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos. Abarca ámbitos en los que la legislación puede proteger, promover y apoyar los tratados internacionales de derechos humanos en lo que respecta a la salud mental. También ofrece ejemplos de textos y disposiciones que han adoptado distintos países, con orientaciones detalladas para redactar disposiciones basadas en los derechos. Las áreas cubiertas son:

Igualdad y no discriminación: disposiciones legislativas nacionales clave para respetar los principios de igualdad y no discriminación en el sistema de salud mental y garantizar el disfrute igualitario de los derechos de todas las personas en la prestación de servicios de salud mental. Algunos ejemplos son la prohibición de todas las formas de discriminación, incluso en el seguro médico y en la provisión de ajustes razonables; la lucha contra el estigma y la discriminación en las comunidades; y el reconocimiento igualitario de los derechos en los servicios de salud mental, incluso en relación con el acceso a la información, la confidencialidad, la privacidad y las instalaciones.

La dignidad humana y capacidad jurídica: importantes disposiciones legislativas para el reconocimiento y el respeto de la capacidad jurídica de las personas que utilizan los servicios de salud mental y para proporcionarles el apoyo adecuado en caso necesario. Algunos ejemplos son la prohibición de la sustitución en la toma de decisiones; la puesta a disposición de la toma de decisiones con apoyo; la salvaguarda de la voluntad y las preferencias de la persona; y el respeto a la evolución de las facultades de los niños y niñas.

Consentimiento informado y eliminación de prácticas coercitivas: disposiciones legislativas esenciales para eliminar la coerción en los servicios de salud mental y respetar el derecho al consentimiento libre e informado. Algunos ejemplos son la promoción y protección del derecho al consentimiento libre e informado; el fomento de la planificación anticipada; la prestación de apoyo en situaciones de crisis; la prohibición de la hospitalización y el tratamiento involuntarios; y la eliminación del régimen de aislamiento y la contención.

Acceso a servicios de salud mental de calidad: disposiciones importantes para abordar estas cuestiones con vistas a eliminar los obstáculos al acceso a servicios y apoyo a la salud mental de buena calidad. Por ejemplo, garantizar la paridad entre la salud física y la mental; la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud mental; la financiación; y las consideraciones de género, culturales y de edad en la atención de la salud mental.

Prestación de servicios de salud mental en la comunidad: disposiciones clave para transformar e incorporar servicios comunitarios de salud mental y apoyo centrados en la persona y basados en los derechos. Algunos ejemplos son la integración de la salud mental en los centros de atención sanitaria general; el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos; la integración de servicios dirigidos y gestionados por pares; y el apoyo a la desinstitucionalización.

Participación plena y efectiva en las decisiones públicas: importantes disposiciones legislativas para reconocer y apoyar los derechos de las personas con experiencia vivida a participar e implicarse activamente en todos los procesos públicos de toma de decisiones relativos a los sistemas de salud mental.

Rendición de cuentas: disposiciones legislativas para garantizar y hacer cumplir la rendición de cuentas en los servicios de salud mental. Algunos ejemplos son el refuerzo de los sistemas de información, la creación de órganos de vigilancia independientes y la puesta en marcha de mecanismos eficaces de recurso y reparación.

Reformas intersectoriales: principales disposiciones legislativas que abordan la interfaz entre la salud mental y otros sectores, incluido el judicial. Algunos ejemplos son el fomento de la inclusión comunitaria y la coordinación y acción multisectoriales; el apoyo a las organizaciones de personas con experiencia vivida y sus familias; y su acceso a la justicia.

Capítulo 3. Desarrollo, aplicación y evaluación de una legislación sobre salud mental basada en los derechos

Este capítulo subraya la importancia de adoptar un enfoque basado en los derechos humanos al revisar o adoptar legislación relacionada con la salud mental. Esboza los pasos básicos a tener en cuenta en el proceso, entre ellos:

- implicar y consultar a las personas con experiencia vivida y a sus organizaciones representativas;
- comprender el marco jurídico internacional de los derechos humanos;
- realizar una revisión exhaustiva de la legislación sobre salud mental;
- evaluar los obstáculos a la atención de la salud mental basada en los derechos; y
- redactar y deliberar una propuesta de legislación relacionada con la salud mental.

La Guía también identifica los puntos de entrada para abogar y movilizar y analizar el proceso de aplicación de la ley. Esto incluye el papel de los organismos responsables de la aplicación, la elaboración de reglamentos y otras orientaciones, la importancia de la educación y la sensibilización del público, y la formación de las principales partes interesadas.

En conclusión, la Guía destaca la importancia de evaluar la ley y sugiere una serie de opciones políticas para ello.

Lista de verificación para evaluar la legislación sobre salud mental basada en los derechos

La lista de verificación constituye una parte importante de esta Guía, ya que ofrece a los países una forma práctica de determinar si la legislación relacionada con la salud mental o un proyecto de ley cumplen las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Su objetivo es identificar las principales cuestiones que deben abordarse para garantizar que la legislación se base en los derechos.

Al utilizar la lista de verificación, se recomienda consultar el contenido principal de la Guía, ya que las preguntas no son exhaustivas.

Introducción

1. Antecedentes

La salud mental está reconocida como una prioridad de salud pública y un derecho humano fundamental. En los últimos años se ha reclamado una transformación completa en el ámbito de la salud mental, en particular en la forma de entender, abordar y apoyar la salud mental, dentro y fuera de los entornos sanitarios, (2, 10, 17, 18). La creciente toma de conciencia sobre el papel de los determinantes sociales y la importancia de proporcionar una atención y unos servicios centrados en la persona, basados en los derechos humanos y orientados a la recuperación, ha impulsado a los gobiernos de todo el mundo a diseñar y aplicar políticas que mejoren la salud mental para todos.

El número de países que han aprobado o están considerando la posibilidad de aprobar nuevas leyes sobre salud mental o reformar las existentes ha aumentado rápidamente (véase la [sección 1.2](#)). La mayoría de estas reformas se han aprobado a través de leyes independientes sobre salud mental, que en general se consideran progresistas en el avance de la cobertura sanitaria universal (CSU) y la prestación de servicios (19). Sin embargo, estas leyes a menudo no logran abordar el legado de marcos jurídicos, políticos e institucionales obsoletos que rigen la salud mental, ni la excesiva dependencia de los enfoques biomédicos y las opciones de tratamiento (20, 21). Los factores sociales y económicos que influyen en la salud mental y el bienestar de las personas se pasan muy por alto. En todo el mundo, las personas que tienen malestar emocional y traumas siguen siendo víctimas de violaciones de los derechos humanos y de discriminación, incluso en los servicios de salud mental (22, 23); además, una función importante de muchas leyes de salud mental es autorizar y regular las intervenciones coercitivas de salud mental. Como ha destacado el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, durante demasiado tiempo las leyes de salud mental se han centrado en gran medida en establecer garantías procesales en lugar de dar prioridad a las libertades e “insuflar vida a los derechos” (24).

La salud mental, los derechos humanos y la legislación están inextricablemente unidos. Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (en lo sucesivo, “derecho a la salud”), que incluye tanto la salud física como la mental. Los países tienen la obligación correspondiente de respetar, proteger y hacer efectivo este derecho y de abordar las desigualdades en los determinantes sociales para todas las personas, sin discriminación de ningún tipo, y de respetar y proteger todos los derechos humanos y libertades en la prestación de asistencia y apoyo. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de 2006 (4), que entró en vigor en 2008, aporta una mayor comprensión de estas obligaciones y exige un importante cambio de paradigma en el ámbito de la salud mental. Basándose en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la CDPD cuestiona prácticas nocivas arraigadas en los sistemas de salud mental, como la denegación de la capacidad jurídica y el uso de prácticas coercitivas, y establece en su lugar un “paradigma de apoyo” que subraya el deber y la importancia de replantear el objetivo y la función de la legislación sobre salud mental para promover la dignidad humana, la autonomía, la plena participación y la inclusión en la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) promueven un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos. El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS (25), actualizado en 2021 en ocasión de la septuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud, insta a los países a armonizar su legislación relacionada con la salud mental con la CDPD y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, y a modificar o derogar la legislación que perpetúe la estigmatización, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos. Del mismo modo, el ACNUDH ha recomendado a los países que lleven a cabo una reforma jurídica en consonancia con la CDPD en todos los sectores relacionados con la salud mental (21).

El *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación* (26), publicado en 2005, tenía por objeto ayudar a los países a redactar, adoptar y aplicar legislación sobre salud mental. En su momento, el recurso representó un avance significativo en el reconocimiento de los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental. Sin embargo, muchas de las recomendaciones esbozadas no se ajustan a las propuestas en la CDPD y a la evolución de la interpretación del derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados (véase la [sección 1.4](#)), y la publicación ha sido retirada desde entonces, dejando lagunas en la información y la orientación.

En respuesta al aumento de las solicitudes de cooperación técnica de los países para apoyar los esfuerzos nacionales, esta publicación conjunta de la OMS y el ACNUDH pretende colmar esta brecha, proporcionando orientaciones claras sobre cómo elaborar, modificar o aplicar legislación sobre salud mental en consonancia con la legislación internacional y regional sobre derechos humanos.

2. Objeto y ámbito de aplicación

Esta Guía no vinculante constituye un recurso para los países que están considerando la posibilidad de adoptar, modificar o aplicar legislación relacionada con los sistemas, la atención y el apoyo en materia de salud mental. El objetivo es garantizar que las políticas, los sistemas, los servicios y los programas de salud mental adopten un enfoque basado en los derechos y proporcionen atención y apoyo de alta calidad para todas las personas, en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos, incluida la CDPD. Sustituye el *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación* (26).

La Guía busca fomentar reformas que promuevan, protejan y respeten los derechos de todas las personas que interactúan con los sistemas y servicios de salud mental o se benefician de ellos, independientemente de la causa de su situación, su diagnóstico o discapacidad psicosocial o la forma en que se identifiquen. Esto incluye a las personas que experimentan malestar emocional o crisis a corto plazo, las personas que tienen problemas de salud mental, discapacidad psicosocial, discapacidad intelectual o afecciones neurológicas, y las personas que consumen drogas.

Reconociendo que la salud mental y el bienestar no son exclusivos del sector sanitario, esta Guía pone de relieve las reformas intersectoriales necesarias en los sectores social y de la justicia para abordar los determinantes sociales de la salud mental.

Sin embargo, abordar todos los determinantes sociales de la salud mental requiere la transformación de diferentes órganos legislativos e implica un esfuerzo mayor y coordinado de todos los sectores gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado. Esto queda fuera del alcance de esta Guía, que se centra específicamente en la reforma de la legislación relativa a la atención y el apoyo en materia de salud mental.

La Guía no promueve la adopción de leyes independientes sobre salud mental. Los países que no cuenten con una legislación consolidada en materia de salud mental deberían considerar la posibilidad de integrarla en la legislación general (véase la [sección 1.5](#)). Al mismo tiempo, se reconoce que los países con legislación independiente vigente pueden necesitar ayuda en la transición progresiva hacia un enfoque basado en los derechos humanos; esta Guía puede ser utilizada como recurso para ello.

En línea con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS (25), la Guía se basa en el marco internacional de derechos humanos. A su vez, se hace referencia a la CDPD, la norma de derechos humanos de más alto nivel para la protección de los derechos de las personas con discapacidad, dada su importancia fundamental para transformar la práctica de la salud mental y hacer frente al estigma, la discriminación y las violaciones de derechos que experimentan las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. Los países pueden hacer referencia a la Guía para avanzar en el cumplimiento de sus obligaciones internacionales en materia de atención y apoyo a la salud mental, sin olvidar que la armonización jurídica para aplicar la CDPD y otros instrumentos de derechos humanos exige una reforma jurídica y política que va más allá del alcance de la presente publicación.

Dado que los países se encuentran en distintas fases de desarrollo de sus sistemas de salud mental, la aplicación satisfactoria de las reformas propuestas en esta Guía requiere esfuerzos continuos, compromiso político, inversión pública y cumplimiento de la obligación de realización progresiva. Esto garantizará unos servicios comunitarios de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos, y que aborden sistemáticamente los determinantes sociales de la salud mental (27).

La Guía anima a plasmar en la ley los múltiples enfoques y prácticas basados en pruebas y anclados en los derechos humanos que están surgiendo y proliferando en todo el mundo. La transformación hacia un paradigma de salud mental centrado en la persona y basado en los derechos, orientado a la recuperación y basado en la comunidad no sólo es posible gracias al acompañamiento de la ley, sino que es necesario, y requiere reformas, regeneración y renovación.

3. ¿A quién está dirigida la Guía?

La Guía está dirigida principalmente a los legisladores y responsables políticos directamente implicados en la elaboración, modificación y aplicación de la legislación sobre salud mental, así como a los responsables de su seguimiento y evaluación. Esto incluye a proveedores, profesionales y organismos de servicios sanitarios y de salud mental; representantes de instituciones nacionales de derechos humanos; y quienes trabajan en servicios sociales relacionados.

La Guía también puede ser de interés para particulares o representantes de una organización, la sociedad civil o cualquier otra entidad implicada en la política, el trabajo y la defensa de la salud mental.

4. ¿Por qué es importante la Guía?

La Guía es importante por varias razones:

- **Es necesario un cambio fundamental en el ámbito de la salud mental.** El estigma, la discriminación y otras violaciones de los derechos humanos persisten en los entornos de atención de la salud mental. Hay una dependencia excesiva de los enfoques biomédicos en las opciones de tratamiento, los servicios de hospitalización y la atención, y se presta poca atención a los determinantes sociales y a las intervenciones comunitarias y centradas en la persona. La legislación puede contribuir a garantizar que los derechos humanos sustenten todas las actuaciones en el ámbito de la salud mental.
- **La mayor parte de la legislación sobre salud mental no logra adoptar un enfoque basado en los derechos.** Muchas personas que utilizan servicios de salud mental, sobre todo aquellas pertenecientes a grupos marginados, no reciben el mismo trato ante la ley y la igual protección de la ley, y a menudo son discriminadas. Además, la legislación puede ser paternalista y perjudicial para la autonomía de las personas y su inclusión en la comunidad. Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial son consideradas habitualmente incapaces de tomar decisiones, incluidas las relativas a si desean o no recibir servicios de salud mental. Tampoco existen mecanismos adecuados para prevenir, detectar o remediar estas y otras violaciones de derechos humanos.
- **La legislación internacional sobre derechos humanos exige la no discriminación y el respeto de todos los derechos humanos en la aplicación del derecho a la salud.** La legislación debe garantizar un marco para la protección de todos los derechos humanos en el contexto de las políticas, los programas, los planes y la prestación de servicios de salud mental, y para ayudar a todas las personas a alcanzar su pleno potencial. El Consejo de Derechos Humanos ha reiterado en varias resoluciones (28-31) la importancia de que los Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONU) adopten, apliquen, actualicen, refuercen y supervisen, según proceda, leyes, políticas y prácticas para erradicar cualquier forma de discriminación, estigma, violencia y abuso en el contexto de la atención de la salud mental.
- **El marco internacional de derechos humanos exige una transformación del modo en que se prestan los servicios de salud mental.** Todas las personas deberían poder ejercer su derecho a dar su consentimiento libre e informado para aceptar o rechazar el tratamiento en los sistemas de salud mental. Debe ponerse fin a la denegación de la capacidad jurídica, las prácticas coercitivas y la institucionalización. Hasta la fecha, 187 países y la Unión Europea han ratificado la CDPD¹ y, por tanto, están legalmente obligados a sustituir las prácticas nocivas por servicios comunitarios y estructuras de apoyo que permitan el pleno ejercicio de los derechos humanos.
- **La legislación puede provocar un cambio cultural y una transformación social en relación con la salud mental.** La legislación es fundamental para enmarcar las actitudes y los comportamientos hacia las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. Al alinearse con los estándares y las normas internacionales de derechos humanos, la legislación puede fomentar un cambio cultural que promueva la transformación social en el ámbito de la salud mental. Esto implica una transición desde un énfasis limitado en los enfoques biomédicos hacia una comprensión más holística e inclusiva de la salud mental.
- **La Asamblea Mundial de la Salud ha instado a una revisión de la legislación sobre salud mental en consonancia con los derechos humanos.** El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS (ampliado a 2030) (29) insta a los países a reforzar su liderazgo y gobernanza en materia de salud mental, en particular mediante la elaboración, aplicación, fortalecimiento y actualización de leyes y reglamentos conexos en todos los sectores pertinentes. Los códigos de prácticas y los mecanismos para supervisar la protección de los derechos humanos y la aplicación de la legislación también

¹ 187 partes a partir del 25 de julio de 2023. Véase: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?Treaty=CRPD.

deben ajustarse a la evidencia, las buenas prácticas, la CDPD y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos. Muchos países buscan actualmente asesoramiento sobre cómo garantizar la conformidad de su legislación sobre salud mental con la CDPD y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

5. Cómo utilizar la Guía

La Guía puede ser utilizada por los países como herramienta de consulta cuando lleven a cabo reformas legislativas en materia de atención y apoyo a la salud mental. Reúne información relacionada con los derechos humanos, la salud mental y la legislación en una única publicación exhaustiva. Además, aclara aspectos de anteriores normas de derechos humanos y hace referencia a publicaciones de orientación técnica que no son plenamente coherentes con el enfoque basado en los derechos humanos, o que incluso pueden contradecirlo.

La Guía consta de tres capítulos que abarcan el contenido y los procesos de la legislación sobre salud mental basada en los derechos:

- El **capítulo 1** aborda los retos relacionados con la legislación sobre salud mental y la necesidad de reformarla, en consonancia con el marco internacional de derechos humanos;
- El **capítulo 2** describe los principios y cuestiones más importantes que debería reflejar la legislación, y presenta ejemplos de distintas disposiciones basadas en los derechos; y
- El **capítulo 3** explica cómo seguir un proceso basado en los derechos al desarrollar, aplicar y evaluar la legislación relacionada con la salud mental.

La Guía incluye una lista de verificación que los países pueden utilizar para valorar y evaluar la legislación sobre salud mental de manera que se adopte un enfoque basado en los derechos. En ella se identifican los principales componentes que deberían reflejarse en el marco jurídico y puede utilizarse para fundamentar la elaboración de cualquier nueva legislación relacionada con la atención de la salud mental.

Aunque esta Guía propone una serie de principios y aborda cuestiones y disposiciones que podrían reflejarse en la legislación nacional, los países pueden adaptarlas y adecuarlas a sus circunstancias específicas (contexto nacional, idiomas, sensibilidades culturales, sistemas jurídicos, etc.), sin comprometer las normas de derechos humanos.

Puede obtenerse más información sobre la reforma en materia de salud mental y derechos humanos a través de la iniciativa QualityRights de la OMS, que proporciona orientaciones y herramientas con un enfoque basado en los derechos, y que complementan y apoyan la transposición de la legislación a la práctica (**recuadro 1**). Las publicaciones de QualityRights de la OMS pueden consultarse con fines de formación, orientación y transformación (32), junto con la publicación de la OMS de 2021 *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos* (33). El *Informe mundial sobre la salud mental* de la OMS de 2022: *transformar la salud mental para todos* subraya la necesidad de que la legislación se ajuste a los instrumentos internacionales de derechos humanos; se hace eco y refuerza la necesidad de que los países establezcan una atención centrada en la persona, basada en los derechos humanos y orientada a la recuperación (10). Esta publicación de la OMS y el ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica*, puede leerse a la luz de estos recursos complementarios, así como de las nuevas orientaciones sobre políticas y planes de acción estratégicos que se están elaborando actualmente y que presentarán nuevos recursos y vías para organizar sistemas de salud mental basados en los derechos.

Recuadro 1

Materiales y herramientas de QualityRights

- 🔗 **Capacitación virtual de la OMS sobre salud mental, recuperación e inclusión en la comunidad:** https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/qualityrights/qrflyer-19.10.22_sp.pdf?sfvrsn=4127ca8f_1.
- 🔗 **Material de la OMS para capacitación, orientación y transformación:** www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools.
- 🔗 **Orientaciones y módulos técnicos de la OMS sobre los servicios comunitarios de salud mental:** <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341641/9789240027930-spa.pdf>.
- 🔗 **Información y recursos de la OMS sobre la promoción de políticas y legislación en materia de salud mental basadas en los derechos:** <https://who.int/activities/promoting-rights-based-policy-and-law-for-mental-health>.

6. ¿Cómo se elaboró la Guía?

La Guía se elaboró entre agosto de 2020 y enero de 2023 mediante un proceso interactivo y colaborativo que incluyó revisiones bibliográficas y análisis del marco internacional de derechos humanos, material técnico relacionado con la salud mental, legislación nacional, así como varias rondas de consultas con expertos de las Naciones Unidas, funcionarios gubernamentales, personas con experiencia vivida, profesionales de la salud mental, académicos y representantes de instituciones nacionales de derechos humanos y organizaciones de la sociedad civil, incluidas organizaciones de personas con discapacidad. Como parte del proceso de desarrollo, durante julio y agosto de 2022, la OMS y el ACNUDH lanzaron una convocatoria de aportaciones para recibir comentarios sobre el proyecto de esta Guía. Todas las aportaciones recibidas están disponibles en el sitio web del ACNUDH (34).

7. Nota sobre el lenguaje utilizado

El lenguaje no es neutral y evoluciona constantemente. Entre los términos utilizados habitualmente para referirse a las experiencias mentales y emocionales se encuentran “enfermedad mental”, “trastornos mentales”, “problemas mentales” y “problemas de salud mental”. Aunque algunas personas pueden identificarse con su diagnóstico y la terminología médica utilizada, otras pueden considerar estigmatizantes ciertos términos o rechazar la medicalización del malestar emocional, el trauma o la diversidad y utilizar otras expresiones como “personas con experiencia vivida”, “consumidores”, “usuarios de servicios” o “personas supervivientes de la psiquiatría”. Las personas deben poder decidir sobre el vocabulario, las expresiones y las descripciones de su propia experiencia, situación o malestar emocional. A la hora de emprender reformas legislativas, la participación y el compromiso significativos de los legisladores, parlamentarios y otros funcionarios públicos con las poblaciones destinatarias es crucial para aclarar el uso apropiado del lenguaje en cada contexto determinado².

A lo largo de esta Guía, se utilizan los términos inclusivos “personas con discapacidad psicosocial”, “personas con problemas de salud mental”, “personas usuarias de los servicios de salud mental” y “personas con experiencia vivida”.

Aunque las personas pueden autoidentificarse con determinadas expresiones o conceptos, los derechos humanos se aplican a todos, en todas partes. Por encima de todo, un diagnóstico de salud mental o la atribución de un estatus de discapacidad nunca deberían definir a una persona: cada individuo tiene un contexto social, una personalidad, una autonomía, unos sueños, unas metas, unas aspiraciones y unas relaciones particulares.

² Para más información sobre definiciones relacionadas con la salud mental, véase el Informe mundial de la OMS sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos; 2022 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y).

Capítulo 1.

Replantear la legislación sobre salud mental

Introducción

El capítulo 1 ofrece una visión general de la situación de la salud mental y la legislación conexas en todo el mundo. En él se examinan importantes cuestiones de derechos humanos en el contexto actual de la salud mental y se pone de relieve cómo la mayor parte de la legislación vigente sobre salud mental no se ajusta al derecho internacional de los derechos humanos, por lo que se pide un cambio de paradigma en la prestación de atención de la salud mental hacia enfoques holísticos, centrados en la persona y basados en los derechos humanos.

El capítulo presenta además el marco internacional de derechos humanos, incluidas las aportaciones de la CDPD, y ofrece orientaciones para revisar la legislación sobre salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos.

1.1 Contexto y retos de la salud mental

La salud mental es un estado de bienestar físico, mental, emocional y social, determinado por la interacción del individuo con la sociedad (10). Está determinada por las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y no puede considerarse aisladamente de la realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Como tales, la salud mental y el bienestar deben abordarse de forma holística, aplicando enfoques multisectoriales que impliquen a sectores no sanitarios como los de la educación, el empleo, la justicia o el interior, incluso en el contexto de la migración, la protección de la infancia, la aplicación de la ley o las respuestas humanitarias y ante catástrofes.

Las múltiples y entrecruzadas capas de las identidades de las personas, junto con las estructuras sociales de opresión (racismo, edadismo, capacitismo, etc.), no deben considerarse aisladas de sus experiencias del malestar emocional y trauma mentales. Una amplia gama de factores influyen en la salud mental de una persona, así como en su acceso a una atención y un apoyo de calidad; entre ellos se incluyen la edad, el sexo, la orientación sexual, las características sexuales, la identidad o expresión de género, la discapacidad, la casta, el origen racial, indígena o étnico, el estatus socioeconómico, la migración o la condición de refugiado, y otros marcadores de identidad de la persona. Las políticas, los servicios y los programas de salud mental deberían responder a la diversidad de necesidades y tratar de superar el impacto negativo de todas las formas de discriminación experimentadas.

Las distintas formas de ser, pensar, sentir, expresar y dar sentido al mundo forman parte de la diversidad humana: no hay una forma “normal” o “correcta” de ser. No comprender y respetar estas diferencias puede conducir a la marginación y la discriminación. Muchas personas experimentan voces, visiones o estados de conciencia inusuales de forma positiva, sin necesidad de “recuperarse” (35). El malestar emocional resultante de acontecimientos negativos o traumas puede resultar significativa y brindar una oportunidad para el crecimiento y el cambio (36, 37). El apoyo basado en los derechos y centrado en la persona debería estar siempre disponible para ayudar a las personas a dar sentido a sus experiencias y alcanzar sus propios objetivos de recuperación.

La salud mental y el bienestar son esenciales para el desarrollo sostenible. Sin una buena salud mental, las personas pueden tener dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, formar parte activa de sus comunidades o vivir una vida que tenga sentido para ellas. La salud mental es relevante para todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial el Objetivo 3 (ODS3)³ sobre una vida saludable y el bienestar. Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tienen más probabilidades de caer en la pobreza, padecer mala salud física y tener menos acceso a oportunidades y recursos de subsistencia (38, 39).

En la meta 3.4 del ODS3 sobre enfermedades no transmisibles y salud mental, las tasas de suicidio se destacan como un indicador clave (indicador 3.4.2). El suicidio afecta a todas las edades, géneros y regiones del mundo, con tasas desproporcionadamente más altas entre los jóvenes; por lo tanto, la prevención del suicidio ha sido reconocida como una prioridad mundial de salud pública (40, 41). Además, como han puesto de manifiesto los recientes acontecimientos mundiales, las consecuencias nocivas para la salud mental de las crisis humanitarias, como las catástrofes medioambientales, las pandemias, los conflictos armados y otras formas de adversidad, son importantes, pero a menudo no se abordan suficientemente (42).

Aunque los argumentos económicos a favor de invertir en salud mental y bienestar están bien documentados (10, 43, 44), la inversión en atención y apoyo a la salud mental de calidad y basada en los derechos suele considerarse un coste más que una inversión, y a menudo es escasa. El *Atlas de la salud mental 2020* de la OMS informa de que el gasto público en salud mental es bajo, con una media mundial del 2,1% de la financiación sanitaria gubernamental (45). La escasa inversión en los sistemas de salud mental se traduce en una lucha por proporcionar el apoyo adecuado para satisfacer las necesidades de las personas. Sin embargo, los problemas de salud mental no pueden ser abordados únicamente por el sector de la salud mental, ni simplemente aumentando los recursos: es imperativo transformar la forma en que se conciben y se prestan la atención y el apoyo en materia de salud mental.

Cada vez se reconoce más que la salud mental y el bienestar están íntimamente ligados al entorno social, económico y físico de una persona, incluida la exposición a la pobreza, la violencia y la discriminación. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud mental no adoptan un enfoque holístico de la atención. El modelo biomédico, que se centra predominantemente en el diagnóstico, la medicación y la reducción de los síntomas, prevalece en los sistemas de salud mental existentes. Como consecuencia, a menudo se ignoran los determinantes sociales que afectan a la salud mental de las personas, lo que da lugar a ciclos repetidos de trauma, exclusión y violencia. Por ejemplo, las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial se enfrentan a tasas más elevadas de desempleo, pobreza, falta de

³ Véase: <https://sdgs.un.org/es/goals/goal3>.

vivienda y encarcelamiento (46-48). Además, la rápida desestabilización de los ecosistemas debido al cambio climático afecta cada vez más y de forma más negativa a la salud mental de las personas (10).

Demasiadas personas sufren discriminación y violaciones de los derechos humanos cuando buscan atención y apoyo a la salud mental. Muchas de ellas se enfrentan a dificultades específicas para acceder a la atención, o a menudo son excluidas de los sistemas públicos de salud o se les niega la atención por motivos de raza, género, orientación sexual, edad o discapacidad; por su origen nacional, étnico, indígena o social; por su casta, migración o condición de refugiado; o simplemente por su falta de asequibilidad. A otras personas que reciben atención a través de hospitales psiquiátricos se les suele negar el tratamiento sanitario general, incluido el acceso a tratamientos que pueden salvarles la vida (49).

A menudo, las personas están expuestas a servicios de mala calidad y condiciones de vida por debajo de un nivel aceptable, sin agua potable ni saneamiento, o sometidas a tratamientos deshumanizantes o degradantes. Las tasas de hospitalización y tratamiento involuntarios siguen aumentando en todo el mundo, sobre todo en los países de ingresos altos (50). El aislamiento o el confinamiento en solitario y el uso de medios de contención, incluidos los químicos, se emplean con frecuencia para imponer el cumplimiento del tratamiento y la medicación (51). Muchas personas son institucionalizadas y viven en establecimientos de salud mental o instituciones de asistencia social durante meses, años e incluso de por vida (52, 53); algunas permanecen en la comunidad, pero encerradas en casa o encadenadas (54).

Las mujeres, las niñas y las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersex y queer sufren violencia y discriminación por motivos de orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales (SOGIESC). Los estereotipos de género pueden influir en el diagnóstico relacionados a la salud mental y dar lugar a una mayor prescripción de psicofármacos a las mujeres (55). A la inversa, los estereotipos de género en los hombres pueden llevar a la invisibilidad de los trastornos mentales (55). A menudo se considera que las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial son incapaces de tomar decisiones sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, lo que conduce a la violencia, el abuso sexual, la esterilización forzada, el aborto forzado y la anticoncepción forzada (56). Las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersex y queer siguen siendo objeto de las denominadas “terapias de conversión”, que pretenden cambiar la orientación sexual y la identidad de género (57).

A pesar de la creciente toma de conciencia sobre la importancia de la salud mental, el enfoque basado en los derechos humanos sigue siendo una parte desatendida de los esfuerzos mundiales para mejorar la salud mental. El compromiso político y la financiación siguen siendo limitados para los enfoques basados en los derechos humanos, enfocados en la comunidad y la persona. El gasto público en salud mental se destina sobre todo a la atención hospitalaria, especialmente en instituciones psiquiátricas y de asistencia social, mientras que los servicios psicosociales comunitarios y no coercitivos apenas reciben financiación y se presentan como una atención “alternativa”, en lugar de integrarse en las políticas y sistemas generales de salud y salud mental. De ahí que la mayoría de la población mundial no reciba atención o apoyo de calidad en materia de salud mental (2, 22, 58).

La reforma legislativa puede conducir a la adopción de nuevas políticas y prácticas que desafíen el estigma, la discriminación y la segregación, garanticen un enfoque basado en los derechos humanos y aumenten el acceso a una atención sanitaria de calidad.

1.2 Salud mental y legislación

La legislación sobre salud mental ha cambiado considerablemente en los últimos 150 años. Aunque los orígenes de la legislación occidental sobre salud mental se remontan a la Edad Media, su expansión se consolidó durante los siglos XIX y XX (59). Este desarrollo se produjo en paralelo a la evolución de la comprensión de la “enfermedad mental”, las perspectivas de tratamiento y las normas de derechos humanos.

La Ley de Salud Mental de 1838 en Francia y las Leyes de Locura (Lunacy Acts) de 1890 en Inglaterra y Gales representan dos de los esfuerzos más tempranos e influyentes para regular la admisión y el tratamiento en salud mental en la era moderna. Estas leyes consolidaron el paternalismo y las nociones de “peligrosidad” en el ámbito de la salud mental al introducir nuevos procedimientos que autorizaban el internamiento obligatorio en una institución de salud mental sobre la base de la “necesidad de tratamiento” o de un supuesto “comportamiento peligroso”, que siguen justificando el ingreso y el tratamiento involuntarios hasta nuestros días (60). Aunque estas leyes ya no están en vigor, sus estructuras se han convertido en el modelo de la legislación “moderna” en materia de salud mental, exportada a los países que estuvieron bajo dominio colonial y cuyo legado se mantuvo tras su independencia (61). En algunos países, la noción de “peligrosidad” se ha utilizado para confinar a disidentes políticos en centros psiquiátricos (62).

Desde la década de 1970, la legislación sobre salud mental se vio cada vez más influida por los discursos basados en los derechos y centrados en la regulación del uso de los poderes en materia de salud mental. El principal objetivo de la ley era regular las garantías procesales adecuadas para la “necesaria” limitación de derechos, como el internamiento involuntario, el tratamiento forzoso, el aislamiento y la contención. Los criterios para el tratamiento obligatorio de las personas variaban desde la “necesidad de atención y tratamiento” hasta el “peligro para sí misma y para los demás”, en función de la práctica y la tradición jurídica del país. Este sigue siendo el modelo de legislación sobre salud mental en la mayoría de los países. La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (63-69) y la adopción de los Principios para la protección de los enfermos mentales (Principios MI) aprobados por la Asamblea General en 1991 (resolución 46/119) reforzaron este enfoque e impulsaron una nueva oleada de reformas de la legislación sobre salud mental en todo el mundo (70).

Algunos países, como Italia, siguieron un enfoque diferente al adoptar una legislación destinada a ampliar los servicios comunitarios de salud mental. En 1978, Italia aprobó la Ley 180, también conocida como Ley Basaglia, que posteriormente se incorporó a la Ley 833 que instituyó el Servicio Sanitario Nacional (71). La ley hizo hincapié en la reorganización de los servicios de salud mental; impulsó el desarrollo de una red de servicios comunitarios descentralizados y estableció la prohibición de construir nuevos hospitales de salud mental y de admitir nuevos pacientes en los existentes, que se fueron cerrando gradualmente. Aunque las medidas coercitivas siguen estando autorizadas en circunstancias específicas, la ley rechaza la noción de “peligrosidad” por sus efectos estigmatizadores. La Ley Basaglia ha tenido una gran influencia en América Latina, donde, junto con la “Declaración de Caracas” de 1990 (72), inspiró leyes en Brasil (73), Argentina (74), Uruguay (75), Perú (76) y Chile (77), que se centran en la reforma psiquiátrica y combinan el enfoque de las garantías procesales con un impulso reformista.

Actualmente, la tendencia general en todos los países es el desarrollo de una legislación independiente en materia de salud mental. Ciento setenta y uno de los 194 Estados miembros de la OMS completaron una encuesta para el *Atlas de la salud mental 2020* de la OMS. De los 171, un total de 111 (65%) informaron de que contaban con una ley independiente de salud mental, lo que representa el 57% de todos los

Estados Miembros (19). En cuanto a las regiones de la OMS, en las regiones del Pacífico Occidental, el Mediterráneo Oriental y Europa, más del 70% de los países que respondieron notificaron la existencia de leyes independientes sobre salud mental. El porcentaje de países con este tipo de legislación ha aumentado en casi todas las regiones de la OMS desde que se publicó el primer Atlas de la salud mental de la OMS en 2014 (78).

La legislación independiente sobre salud mental suele incluir disposiciones sobre cuestiones como los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental; criterios de diagnóstico; admisión y tratamiento voluntarios e involuntarios; órdenes de tratamiento comunitario; consentimiento informado para “tratamientos especiales” (por ejemplo, terapia electroconvulsiva, psicocirugía, esterilización); mecanismos de vigilancia y revisión; delincuentes; y gobernanza y administración de los servicios de salud mental. En los países donde no existe una legislación específica sobre salud mental, o incluso donde existe, otras leyes sobre salud, servicios sociales, gobiernos locales o derecho penal contienen a menudo disposiciones similares que van en detrimento de los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.

La adopción de la CDPD ha impulsado un nuevo compromiso en la reforma de la legislación sobre salud mental. Aunque es demasiado pronto para comprender el verdadero impacto de la CDPD en los marcos legislativos nacionales sobre salud mental, como se expone en el capítulo 2, varios países han empezado a integrar en sus leyes medidas inspiradas en la CDPD, como los ajustes razonables, las directrices anticipadas y la toma de decisiones con apoyo. Sin embargo, la mayoría de los países se han quedado cortos a la hora de cuestionar los enfoques biomédicos y la legitimidad de la denegación de la capacidad jurídica y las facultades de tratamiento obligatorio, por lo que no han logrado incorporar los derechos en este ámbito (79 a 83).

1.3 Legislación sobre salud mental y derechos humanos

Aunque las leyes de salud mental se han convertido en la respuesta natural de los países para regular los servicios de salud mental y garantizar la protección de los derechos en su seno, también plantean importantes problemas de derechos humanos que reflejan tensiones profundas y duraderas en torno a la práctica y la legislación en materia de salud mental (84).

Si bien cada vez menos frecuente, la legislación heredada del régimen colonial puede describirse como “arcaica y obsoleta” (61). El lenguaje es a menudo estigmatizante y despectivo, y se describe a las personas, por ejemplo, como seres “lunáticos”, “dementes”, “enfermos mentales”, “anormales mentales”, “con afecciones mentales”, “fuera de su sano juicio” o “incapaces mentales”, y se concede un amplio margen de discrecionalidad a las familias y a los profesionales de la salud mental para decidir en nombre de la persona afectada. Con frecuencia se invocan la “protección del bienestar” y la “seguridad pública” como criterios para el internamiento involuntario, haciendo hincapié en la administración privativa de libertad.

La legislación más reciente sobre salud mental sigue adoptando una concepción estrecha de los derechos humanos y las diferencias psicosociales, aunque se adorne con un lenguaje basado en los derechos. La atención se centra en la restricción de los derechos, con niveles de protección más bajos para las personas sobre la base de un diagnóstico de salud mental. Esto discrimina los derechos de las personas al consentimiento informado, la privacidad, la libertad y la seguridad, la integridad personal y el acceso a la justicia, entre otros. Además, las leyes no cuestionan los estereotipos nocivos de que estas personas son “peligrosas” e “incompetentes”, contribuyendo así a perpetuar su uso (85).

Otro motivo de preocupación es el uso explícito de un modelo biomédico occidental reduccionista en la legislación sobre salud mental, que va en detrimento de otros enfoques y estrategias holísticos, centrados en la persona y basados en los derechos humanos para comprender y abordar el malestar emocional, el trauma y las percepciones o creencias inusuales (2, 86). Además, aplicar un enfoque reduccionista occidental a diferentes culturas, incluidas las poblaciones Indígenas, que pueden tener sus propios conceptos y métodos de abordar la salud mental, el bienestar y la curación, puede ser perjudicial tanto para el individuo como para el colectivo. La legislación sobre salud mental suele reducir a las personas que experimentan el malestar emocional a un “problema”. Se presta escasa atención a los factores económicos, sociales y culturales subyacentes que causan el malestar emocional o la discriminación, lo que afecta a las capacidades de las personas, las familias y las comunidades para superarlos (87). Este planteamiento a menudo conduce al estigma; a un énfasis excesivo en las opciones de tratamiento biomédico; a una atención indebida al cambio del individuo en lugar de a las circunstancias en las que vive; y a una aceptación general de las prácticas coercitivas (33).

La coerción sigue siendo un componente básico de las leyes de salud mental vigentes en todas las jurisdicciones (50) y constituye un importante motivo de preocupación (recuadro 2). La coerción abarca una amplia gama de prácticas en el contexto de la atención de la salud mental, caracterizadas por el uso de la fuerza y las amenazas (88, 89). Estas prácticas pueden incluir la hospitalización involuntaria, la medicación involuntaria, la terapia electroconvulsiva (TEC) involuntaria, la reclusión y la restricción física, química y mecánica. En general, las leyes de salud mental siguen asumiendo la validez de las prácticas coercitivas, que se consideran una forma legítima de “gestión del paciente” mediante parámetros y salvaguardias claramente especificados (por ejemplo, como “último recurso” y durante el “período más breve posible”) (90).

Los criterios para el uso de la coerción varían según las jurisdicciones. En la mayoría de los países, tener un problema de salud mental es el principal requisito para el internamiento civil, además de otras variables, como el riesgo para sí mismo o para los demás, o la necesidad de tratamiento (91). Unos pocos países también utilizan la falta de capacidad o la falta de “discernimiento” como criterio (92); otros han ampliado sus criterios para autorizar la coerción dentro de la comunidad mediante órdenes de tratamiento comunitario. Aunque varios países han endurecido sus criterios para el internamiento involuntario, las tasas no han disminuido, sino que están aumentando, incluso en sistemas de salud mental bien dotados de recursos (50, 93).

En un estudio realizado entre 2008 y 2017, se constató que 11 de los 18 países que comunicaron datos experimentaron un aumento de las tasas de hospitalización involuntaria de hasta el 8,45% (92).

Otra preocupación acuciante es la práctica de la institucionalización, a la que ha contribuido directamente la legislación sobre salud mental (94). La legitimación del internamiento civil ha contribuido a elevar las tasas de personas ingresadas y que viven en instituciones; ha condonado la discriminación y los abusos contra los derechos humanos; ha afianzado las barreras; y ha desatendido la reforma encaminada a la transformación sistémica. Disponer de un mandato legal claro para cerrar las instituciones psiquiátricas y de asistencia social y otros centros similares, y proporcionar a las personas el apoyo que necesitan en la comunidad, podría impulsar el cambio en muchas partes del mundo (95).

La legislación sobre salud mental también sigue sirviendo como instrumento para reforzar las estructuras asimétricas de poder en la sociedad y, por tanto, para sostener la exclusión y la opresión de poblaciones específicas. Tradicionalmente ha regulado a las mujeres y las niñas y sus cuerpos mediante disposiciones explícitas que anulan el consentimiento libre e informado sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos (96). Por ejemplo, la legislación puede que imponga la esterilización, la anticoncepción o el aborto, basándose en el supuesto “interés superior”, incluso para evitar daños a la salud mental de la mujer o la niña.

Del mismo modo, las leyes de salud mental niegan a menudo el derecho de los niños y las niñas y adolescentes a expresar sus opiniones y a ser escuchados, teniendo en cuenta la evolución de sus facultades o identidades (97). La legislación sobre salud mental ha permitido la segregación y la institucionalización de los niños y las niñas en establecimientos de salud mental o de apoyo social. En estos entornos, los servicios ejercen un poder considerable y controlan los espacios y decisiones; cualquier decisión de institucionalizar a un niño o niña viola sus derechos, incluido el derecho a la vida familiar.

En muchas partes del mundo, debido a la falta de aplicación de la ley y de mecanismos de rendición de cuentas, a las personas más marginadas –por ejemplo, las que proceden de un entorno socioeconómico o educativo bajo, o las que pertenecen a una minoría– se les suelen negar las pocas protecciones que la legislación sobre salud mental puede prever. Esto conduce a la proliferación de daños, tanto dentro como fuera del sistema de salud mental. Por ejemplo, las “comunidades terapéuticas” y los “campamentos de oración” suelen dirigirse a personas de entornos marginados y someterlas a malos tratos como el encadenamiento, el confinamiento y el castigo (54, 98). Aunque en algunos países estas prácticas están prohibidas por la ley, la discriminación interseccional que enfrentan estos grupos, junto con la falta de supervisión estatal, limita su acceso a cualquier forma de justicia. En otros casos, como el de las personas migrantes sin permiso de residencia, el miedo a los mecanismos de aplicación de la ley o la presencia de agentes de las fuerzas del orden en los entornos sanitarios refuerza la marginación y la exclusión.

Las violaciones generalizadas de los derechos humanos y los daños causados por los sistemas de salud mental, y facilitados por las leyes de salud mental, han dado lugar a un legado de trauma que afecta a muchas personas y comunidades, y que se extiende a lo largo de generaciones. De hecho, la violencia y el daño estructurales ejercidos y facilitados por las leyes de salud mental son, en sí mismos, formas de trauma histórico (99, 100). El proceso de reforma legislativa exige un mayor examen social, investigación y un diálogo significativo entre todas las partes implicadas. Una legislación que apoye un nuevo paradigma para el disfrute del derecho a la salud mental podría incidir en este legado y permitir su reparación. Esto requeriría, sobre todo, el compromiso y la participación de quienes tienen experiencia vivida para dar forma a la ley de modo que refleje y responda a sus perspectivas, en la búsqueda de la recuperación, la reparación y la curación.

Por lo tanto, es necesario repensar la legislación sobre salud mental, incluidas las leyes independientes sobre salud mental, para garantizar que no siga siendo un vehículo para la violación de derechos, sino que sirva como herramienta para promover el ejercicio de los derechos y la inclusión social.

Recuadro 2

Los argumentos contra la coerción

La coerción se cuestiona desde el punto de vista jurídico, ético y clínico.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, las prácticas coercitivas en la atención de la salud mental contradicen la legislación internacional sobre derechos humanos, incluida la CDPD. Entran en conflicto con el derecho a la igualdad de reconocimiento ante la ley y a la protección de la ley, al negar la capacidad jurídica de la persona. Las prácticas coercitivas violan el derecho de la persona a la libertad y la seguridad, que es un derecho humano fundamental. También contradicen el derecho al consentimiento libre e informado y, en términos más generales, el derecho a la salud.

La coerción puede infligir dolor y sufrimiento graves a una persona, y tener consecuencias duraderas para la salud física y mental que pueden impedir la recuperación y provocar traumas importantes e incluso la muerte. Además, el derecho a vivir de una forma independiente y ser incluido en la comunidad se viola cuando las prácticas coercitivas dan lugar a la institucionalización o a cualquier otra forma de marginación (101).

Las prácticas coercitivas en la atención de la salud mental violan el derecho a la protección contra la tortura o los tratos crueles, inhumanos y degradantes, que es un derecho inderogable (102). En 2013, el Relator Especial de la ONU sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (103) instó a los países a imponer una prohibición total de todas las intervenciones médicas forzadas y no consentidas, incluida la administración involuntaria de psicocirugía, terapia electroconvulsiva, “drogas que alteran la mente” y el uso de medidas de contención y aislamiento (104). Más recientemente, el Relator Especial de la ONU subrayó que las “los fines supuestamente benévolos”, como la “necesidad médica”, la “reeducación”, la “curación espiritual” o la “terapia de conversión”, no justifican las prácticas coercitivas o discriminatorias y pueden equivaler a tortura (105). Existe una obligación internacional inmediata de poner fin a estas prácticas.

Muchos expertos han señalado que los poderes de tratamiento obligatorio son ineficaces en sus propios términos (84). Existen pocas pruebas que respalden el éxito de la coerción a la hora de reducir el riesgo de autolesiones, facilitar el acceso al tratamiento o proteger al público (106 a 108). Predecir las autolesiones o el riesgo de causar daños a otras personas es extremadamente difícil y éticamente cuestionable (109, 110). Aunque los problemas de salud mental están asociados tanto con la ideación como con el intento de suicidio, hay pocas pruebas de que las herramientas de evaluación del riesgo y el tratamiento coercitivo de la salud mental prevengan el suicidio (111, 112).

Además, existen pruebas considerables de que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia que agresores (113). Los hallazgos sobre la asociación entre violencia y determinados diagnósticos de salud mental deben interpretarse en el contexto

Recuadro 2

Los argumentos contra la coerción [cont.]

más amplio de la discriminación sistémica (114, 115). Incluso en tales casos, existen opciones políticas buenas y validadas para apoyar a estas personas sin coerción. Además, no hay pruebas de que la coerción facilite el acceso a la atención de la salud mental y, por el contrario, puede disuadir a las personas de buscar apoyo (116-118). En este contexto, no se sostiene la razonabilidad de las restricciones impuestas por la legislación sobre salud mental a los derechos fundamentales, especialmente cuando existe un conjunto cada vez mayor de prácticas no coercitivas que pueden aplicarse en su lugar (33). También hay cada vez más pruebas de que las prácticas no coercitivas producen mejores resultados en materia de salud mental (119-121).

1.4 El marco internacional de los derechos humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), cuyo septuagésimo quinto aniversario se conmemora en 2023 (122), estableció por primera vez los derechos humanos fundamentales que debían protegerse universalmente. Sobre la base de la DUDH, el conjunto de tratados internacionales de derechos humanos ha desarrollado estos derechos y los ha descrito con más detalle y en qué consisten. Los tratados incluyen dos pactos– el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (123) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (124)– y siete convenciones específicas de grupos, incluida la CDPD. Todos los Estados Miembros de la ONU han ratificado al menos un tratado internacional básico de derechos humanos, y el 80% ha ratificado cuatro o más. Todos los países tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos recogidos en los tratados específicos que han ratificado (125). Se han adoptado otros instrumentos a nivel regional, que reflejan preocupaciones específicas en materia de derechos humanos y prevén mecanismos de protección.

Los derechos humanos son universales, inalienables, indivisibles e interdependientes. Un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos aborda las barreras políticas, económicas, sociales y culturales, al tiempo que empodera a las personas y a los grupos, especialmente a los más desfavorecidos. Adoptar este enfoque contribuye considerablemente a las políticas de salud mental, haciéndolas más holísticas y sensibles a las necesidades individuales. Los actores estatales tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir todos los derechos humanos en la prestación de atención y apoyo a la salud mental. Los actores no estatales tienen responsabilidades específicas en materia de derechos humanos. El sector privado tiene la responsabilidad de respetar los derechos humanos, incluso, por ejemplo, cuando forma parte del sistema de atención sanitaria.

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental que abarca el bienestar físico, mental y social y es indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. La salud mental es un componente integral y esencial del derecho a la salud (126). La división arbitraria entre salud física y mental ha contribuido a una situación de necesidades insatisfechas y violaciones de los derechos humanos en el contexto de la salud mental (127). La promoción, protección y realización de la salud mental debería considerarse una preocupación vital en materia de derechos humanos.

El derecho a la salud es inclusivo: contiene libertades y derechos, y está condicionado por los determinantes subyacentes de la salud. También contiene los elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (conocidos como el marco AAAQ, por sus siglas en inglés: *availability, accessibility, acceptability and quality*) (128), que deben abordarse de forma holística en la prestación de atención de la salud mental. Además, el derecho a la salud exige garantizar la participación y la rendición de cuentas. Un enfoque de la salud mental basado en los derechos implica adoptar un marco jurídico y político explícitamente fundamentado en los principios y obligaciones de los derechos humanos. Esto contribuye a avanzar en la reforma de las políticas, programas y prácticas de salud mental, y a identificar y cuestionar las violaciones de los derechos humanos dentro del sistema sanitario.

La CDPD refuerza la protección que ofrece el marco internacional de derechos humanos existente en el ámbito de la salud mental. Las personas con discapacidad psicosocial desempeñaron un papel decisivo en los procesos de negociación, desarrollo y redacción de la CDPD. La CDPD consagra las normas internacionales de derechos humanos más avanzadas en relación con los derechos de las personas con discapacidad, incluidas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. Pone en tela de juicio las concepciones tradicionales de la discapacidad, la igualdad y la condición de persona, y reemplaza anteriores instrumentos internacionales de derecho no vinculante, como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991) (129).

La CDPD reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias reales o percibidas y las barreras debidas a la actitud y al entorno. Durante demasiado tiempo, bajo el modelo médico, los problemas de salud mental y la discapacidad psicosocial se entendieron como problemas que residían en el individuo; el objetivo último era “curar” o “cambiar” a la persona para que pudiera llegar a ser “normal” (130, 131). En lugar de promover el cambio social, la diversidad y la inclusión, el modelo médico implicaba que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial debían, ellas mismas, cambiar, lo que históricamente ha conducido a la pérdida de poder, la discriminación y la institucionalización.

La CDPD desplaza el centro de atención a la interacción entre la persona y el entorno (132). Según este modelo, las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial forman parte de la diversidad humana. La CDPD también reafirma que todas las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que cualquier otra persona de la sociedad. Las respuestas políticas deberían centrarse en la eliminación de barreras, el apoyo a la participación y la aceptación de la diversidad, en lugar de “reformular” a las personas para satisfacer las demandas de la sociedad. Este alejamiento del modelo médico no descarta la importancia del acceso a las intervenciones sanitarias, sino que cuestiona muchas prácticas actuales del sector médico que socavan los derechos humanos y la inclusión (133).

La CDPD adopta un modelo sustantivo de “igualdad inclusiva” pertinente para la atención y el apoyo en salud mental, que se extiende a lo largo de cuatro dimensiones (134):

1. Una dimensión de reconocimiento: combatir el estigma, los estereotipos, los prejuicios y la violencia y reconocer la interseccionalidad.
2. Una dimensión redistributiva: abordar las desventajas socioeconómicas.
3. Una dimensión participativa: reafirmar el carácter social de las personas como miembros de grupos sociales y el reconocimiento pleno de la humanidad mediante la inclusión en la sociedad.
4. Una dimensión de ajustes: dar cabida a la diferencia como aspecto de la dignidad humana.

La Convención amplía aún más el concepto de persona jurídica en el sistema internacional de derechos humanos, es decir, la capacidad de ser titular de derechos y de actuar libremente sobre la base de esos derechos. La atención se desplaza de las restricciones al apoyo que permite a las personas tomar decisiones por sí mismas y ampliar sus capacidades para hacerlo, desafiando así las prácticas coercitivas arraigadas en las concepciones tradicionales de los derechos humanos. El paradigma de apoyo de la CDPD se basa en el reconocimiento de la interdependencia de la experiencia humana. El apoyo es fundamental para la interdependencia, ya que amplía la autonomía individual en lugar de socavarla (135).

Al defender la interdependencia y la indivisibilidad de los derechos, la CDPD, al igual que otras convenciones específicas de grupos, cancela la división artificial entre derechos civiles y políticos, por un lado, y derechos económicos, sociales y culturales, por otro, al tiempo que aprecia la naturaleza holística y el ejercicio de tales derechos. La Convención también impone obligaciones de efecto inmediato, como el deber de no discriminación, y otras que pueden realizarse progresivamente, como el derecho a acceder a servicios de apoyo individualizados. No obstante, la realización progresiva conlleva la obligación inmediata de adoptar medidas deliberadas para la plena realización de tales derechos y garantizar que dichas medidas se adopten de forma no discriminatoria (136). La CDPD también reconoce la importancia de la cooperación internacional y de un entorno propicio para el desarrollo que apoye los esfuerzos nacionales para la realización de los derechos (art. 32 de la CDPD).

Los valores, principios y normas de la CDPD, aplicados al discurso más amplio de los derechos humanos, ofrecen una nueva perspectiva para crear un entorno jurídico y político propicio para el desarrollo de sistemas de salud mental basados en los derechos, que den prioridad al empoderamiento de la persona y a su participación en su recuperación ([recuadro 3](#)).

Recuadro 3

Disposiciones de la CDPD para un enfoque de la salud mental basado en los derechos

La CDPD ha contribuido significativamente al ámbito de la salud mental. La Convención ha innovado la comprensión de los derechos humanos de las personas con discapacidad y de las normas de derechos humanos en general. Sus principios y disposiciones son pertinentes para los sistemas y servicios de salud mental, ya que exigen la aplicación generalizada de los principios de igualdad y no discriminación. Las personas que experimentan malestar emocional o buscan atención y que pueden no autoidentificarse como personas con discapacidad psicosocial o que no se enfrentan a barreras que las incapaciten están, no obstante, protegidas por la CDPD porque, en virtud de este tratado, está prohibida la discriminación basada en la deficiencia real o percibida de una persona o en su estado de salud mental.

Capacidad jurídica

La capacidad jurídica es una condición previa para el ejercicio de los derechos y para la toma de decisiones sanitarias autónomas. En la mayoría de los ordenamientos jurídicos, la capacidad jurídica de una persona puede verse restringida en muchos ámbitos de la vida en función de un diagnóstico de salud mental o de la falta de “capacidad mental” (137). A menudo, se nombra a un representante legal para que tome decisiones en nombre de la persona, o se delega la toma de decisiones en el personal médico o en un tribunal (138).

El artículo 12 de la CDPD reconoce que todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial, gozan del derecho a ejercer su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los ámbitos de la vida. En consecuencia, la “capacidad mental” de una persona no puede ser la base para negarle su capacidad jurídica. Las personas deberían tener derecho a tomar decisiones jurídicamente vinculantes y, si lo desean, a acceder al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica, incluido el apoyo formal e informal (139). Según la CDPD, los Estados Partes tienen la obligación de reemplazar todas las formas de sustitución de la toma de decisiones, como la custodia, la tutela y la guarda, por sistemas de toma de decisiones con apoyo (véase la [sección 2.2.3](#)).

Libertad y seguridad de la persona

La legislación sobre salud mental de la mayoría de los países autoriza la privación de libertad de una persona sobre la base de un diagnóstico o deficiencia de salud mental, o en combinación con otros factores, más comúnmente cuando la persona presenta un supuesto riesgo para sí misma o para los demás, o se considera que necesita cuidados.

Recuadro 3

Disposiciones de la CDPD para un enfoque de la salud mental basado en los derechos [cont.]

El artículo 14 de la CDPD reafirma que las personas con discapacidad disfrutan del derecho a la libertad y a la seguridad en igualdad de condiciones con las demás, y aclara que “la existencia de una discapacidad no justificará en ningún caso la privación de libertad”. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha subrayado que el artículo 14 establece una prohibición absoluta de la privación de libertad basada en la deficiencia, excluyendo así toda forma de internamiento involuntario en centros de salud mental, incluso sobre la base de la “peligrosidad” o la “necesidad de cuidados” (véase la [sección 2.3](#)) (140). A pesar del creciente consenso entre los expertos y los mecanismos de derechos humanos sobre estas normas (23, 33, 86, 141-146), se sigue manteniendo que el internamiento involuntario puede ser necesario en circunstancias excepcionales para proteger a las personas de daños graves o para proteger a otros (147, 148). Esta diferencia de criterios refleja la transformación en curso de las perspectivas y actitudes, así como las tensiones entre las normas de la CDPD y los enfoques anteriores de la legislación sobre salud mental (149).

Consentimiento libre e informado

En la actualidad, la mayoría de las leyes de salud mental siguen restringiendo el derecho al consentimiento libre e informado para el tratamiento de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, y favorecen la toma de decisiones sustitutiva.

El artículo 25 d), de la CDPD establece que los Estados Partes velarán por que la atención sanitaria a las personas con discapacidad se preste sobre la base del consentimiento libre e informado; el artículo 15 estipula que ninguna persona será sometida a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento. El tratamiento involuntario se ha interpretado como una violación no sólo del derecho a la salud, sino también de la capacidad jurídica (art. 12), del derecho de las personas a no ser sometidas a torturas y malos tratos (art. 15), del derecho a no ser objeto de violencia, explotación o abuso (art. 16) y del derecho a la integridad personal (art. 17) (150 a 152). Es necesario un cambio fundamental para crear un marco jurídico propicio al desarrollo de servicios de salud mental que respeten los derechos de todas las personas que utilizan los servicios y basen todas las decisiones de tratamiento en su consentimiento libre e informado (véase la [sección 2.3](#)).

Vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad

Históricamente, las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial han estado sometidas a prácticas de segregación, institucionalización y aislamiento en la atención social y de salud mental.

Recuadro 3

Disposiciones de la CDPD para un enfoque de la salud mental basado en los derechos [cont.]

El artículo 19 de la CDPD reconoce la igualdad de derechos de todas las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad. Esto implica que la persona ejerza la libertad de elección y el control sobre las decisiones que afectan a su vida, con el máximo nivel de autodeterminación e independencia dentro de la sociedad (153). En consecuencia, las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial deben tener la oportunidad de elegir cómo, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás personas, sin verse obligadas a vivir en un determinado entorno, como una institución. Además, también deben tener acceso a una serie de servicios de apoyo comunitarios, incluido el apoyo individualizado específico para la discapacidad y los servicios e instalaciones generales para la población general de la comunidad.

Acceso a la justicia

El acceso a la justicia de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial se ha visto comúnmente restringido, afectando a su derecho a un juicio justo y negándoles la posibilidad de impugnar la detención arbitraria, el tratamiento forzado y los abusos en los servicios de salud mental. Algunos ejemplos son las leyes que restringen el derecho de una persona a presentar una denuncia o a comparecer en juicio; la desviación de los procesos penales, civiles y administrativos que da lugar a la privación de libertad, el tratamiento forzado y la institucionalización; la falta de credibilidad; la ineficacia de los recursos; y la falta de asistencia letrada. Estos obstáculos combinados dejan a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial sin acceso efectivo a la justicia, lo que aumenta su riesgo de sufrir abusos y desatención en los servicios de salud mental y fuera de ellos, y hace que estén significativamente sobrerrepresentadas en el sistema de justicia penal.

El artículo 13 de la CDPD establece la obligación de asegurar el acceso efectivo a la justicia de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás personas, incluso mediante la realización de ajustes de procedimiento y adecuados a la edad para facilitar su participación directa e indirecta en todos los procedimientos judiciales (véase la [sección 2.8.2](#)). Además, los Estados Partes están obligados a promover una formación adecuada para quienes trabajan en el ámbito de la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

1.5 Aplicar el marco de los derechos humanos a la legislación sobre salud mental

A lo largo de la historia, la legislación sobre salud mental ha oscilado entre períodos en los que se ampliaron las garantías procesales para permitir una mayor autonomía, y épocas en las que se redujeron drásticamente para favorecer un acceso rápido a los servicios de salud mental (154). En la práctica, sin embargo, la situación de las personas experimentando malestar emocional se ha caracterizado por una constante desatención tanto en la comunidad como en las instituciones (155). En la base de este fracaso se encuentra la incapacidad de las políticas y los sistemas de salud mental para asumir plenamente los derechos humanos.

El marco internacional de derechos humanos exige que los países revisen la legislación sobre salud mental desde una perspectiva basada en los derechos. Cualquier nuevo rumbo debe implicar una ruptura con el pasado en el modelo biomédico de salud mental y el uso de poderes coercitivos. Es probable que este proceso de transición sea complejo; sin embargo, avanzar hacia nuevas formas de entender, promover y apoyar la salud mental y el bienestar es esencial y requiere un cambio fundamental en la política de salud mental y la transformación de los servicios.

Los objetivos para la legislación propuestos en esta Guía no sirven como punto final para los países, sino más bien como punto de partida para su propia trayectoria de transformación. Un aspecto central es crear un marco jurídico propicio para el desarrollo de sistemas de salud mental que aspiren a alcanzar el nivel más alto posible de salud mental y bienestar para todas las personas. Teniendo en cuenta el contexto y los retos descritos anteriormente, la legislación también debería tener como objetivo garantizar la igualdad de derechos de las personas que participen en los sistemas de salud mental, para contrarrestar la inercia de las prácticas nocivas actuales.

Entre los objetivos que puede perseguir la legislación para promover un enfoque de derechos humanos en materia de salud mental y bienestar figuran los siguientes:

- establecer un mandato claro y sentar unas bases sólidas para la transformación de los sistemas de salud mental que beneficien a toda la sociedad;
- posibilitar en la comunidad servicios e iniciativas basados en los derechos, centrados en la persona y orientados a la recuperación, incluidos los dirigidos y gestionados por pares, tanto dentro como fuera del sistema sanitario, que den prioridad a la capacitación de la persona y a su participación en su propia recuperación;
- sensibilización, también entre los funcionarios del sector público, y apoyo a estrategias de promoción de la salud mental y desarrollo comunitario para hacer frente a los estereotipos, el estigma, la discriminación y los determinantes sociales, y mejorar las circunstancias en las que viven las personas;
- desarrollar e invertir en una serie de programas y servicios comunitarios holísticos y libres de coerción y violencia, tanto dentro como fuera del sistema sanitario;
- defender explícitamente los derechos a la capacidad jurídica y al consentimiento libre e informado y apoyar la erradicación de la discriminación, el estigma, la violencia, la coerción y el abuso en los servicios;
- establecer procesos de desinstitutionalización sostenibles, garantizando la prestación de un apoyo económico y social adecuado y apropiado para que la persona pueda vivir de forma independiente en la comunidad;

- garantizar que se reconocen los saberes de las personas con experiencia vivida, y que se les consulta estrechamente y participan activamente en los procesos de toma de decisiones y en el diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de leyes, políticas, planes y servicios;
- asignar funciones y responsabilidades claras entre los distintos sectores y niveles de gobierno, y regular la participación de los agentes no estatales;
- promover la adopción de protocolos y formación sobre un enfoque basado en los derechos humanos para los trabajadores sanitarios y sociales, los primeros intervinientes, los agentes de policía, los funcionarios de inmigración y otros agentes de la comunidad; y
- Garantizar la financiación y los recursos necesarios para llevar a cabo todos los objetivos anteriores.

En las siguientes secciones se esbozan las principales orientaciones generales para alcanzar estos objetivos y se explica cómo se ajusta y apoya un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos.

1.5.1 Un enfoque intersectorial de la salud mental y el bienestar

Alcanzar el nivel más alto posible de salud mental debería ser un objetivo estratégico de todos los países. Para ello se requiere una respuesta a escala nacional que implique al sistema sanitario y una coordinación intersectorial.

La planificación estratégica para lograr este objetivo implica aprovechar los puntos fuertes de ciertos sectores y contrarrestar los puntos débiles de otros. Los sistemas sanitarios tienen un gran potencial transformador gracias a sus componentes básicos: organización de una prestación de servicios de calidad; movilización del personal; fortalecimiento de los sistemas de información; acceso a los medicamentos; movilización de recursos financieros; y desarrollo de estructuras de gobernanza que permitan la rendición de cuentas. Los sectores económico, social y de justicia se encuentran mejor preparados para abordar los determinantes sociales de la salud mental, por ejemplo mediante estrategias de lucha contra la discriminación y de igualdad de oportunidades, sistemas de apoyo basados en la comunidad, sistemas integrales de protección social, vivienda, empleo, acción contra el cambio climático y promoción de estructuras comunitarias que aumenten el reconocimiento social y el apoyo a la diversidad. La legislación puede ayudar a integrar la salud mental y el bienestar en todas las políticas; la integración facilita su promoción a lo largo de toda la vida, además de abordar los determinantes sociales.

La legislación suele tratar la salud mental como un régimen separado, ya sea mediante leyes independientes o secciones separadas de “salud mental” en las leyes generales de salud. Se ha demostrado que esto acentúa la segregación de la salud mental, reforzando potencialmente la estigmatización y un enfoque aislado. Además, estos regímenes separados refuerzan la opinión de que la salud mental es una práctica especializada que requiere excepciones al ejercicio igualitario de los derechos, permitiendo así restricciones arbitrarias a principios generalmente aceptados del derecho a la salud, como el derecho al consentimiento libre e informado.

En lugar de adoptar una legislación independiente, los países deberían considerar la posibilidad de abordar la salud mental de forma integral en los actos legislativos pertinentes, como los relacionados con la salud, los derechos de los pacientes, la lucha contra la discriminación, el empleo o la protección social. Este enfoque contribuiría a reducir la estigmatización y subrayaría la inclusión de la comunidad. Además, al formar parte de la legislación general que beneficia a un espectro mucho más amplio, puede reducirse la posibilidad de normas diferenciadas y aumentar las oportunidades de poner en práctica las disposiciones relacionadas con la salud mental. Cuando ya exista una ley independiente, los países deberían revisarla para evitar una regulación separada o distinta. Los países también deberían evitar la regulación separada de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial mediante leyes independientes sobre salud mental, que son susceptibles de ser integradas en la legislación sobre discapacidad o antidiscriminación. En este sentido, es importante que la legislación relacionada con la discapacidad incluya explícitamente a las personas con discapacidad psicosocial para que puedan beneficiarse de ella.

La integración de la salud mental y el bienestar como objetivo estratégico en la legislación debería desarrollarse en estrecha consulta con las personas con experiencia vivida y con su participación, y con el compromiso de integrar un enfoque basado en los derechos y centrado en la persona ([recuadro 4](#)).



Recuadro 4

Ejemplos de integración de la salud mental como objetivo estratégico en la legislación general

Disposiciones típicas de las leyes independientes sobre salud mental	Leyes cuyas disposiciones podrían integrarse
Acceso a los servicios de salud mental	Ley general de salud
Prevención y promoción de la salud mental	Ley general de salud; ley de educación
Desarrollo de servicios y programas comunitarios de salud mental	Ley general de salud; ley de asistencia social
Prohibición de la discriminación en la atención sanitaria mental	Ley contra la discriminación; ley de igualdad de oportunidades; ley de derechos de los pacientes
Derechos de las personas usuarias de los servicios	Ley de derechos de los pacientes; ley de servicios sociales
Consentimiento informado para el tratamiento	Legislación general de salud; ley de derechos de los pacientes
Directrices anticipadas	Ley general de salud
Apoyo a la toma de decisiones	Código Civil; leyes de capacidad; ley de derechos de los pacientes
Reparaciones	Ley de derechos de los pacientes; ley general de salud; legislación sobre acceso a la justicia; derecho penal
Salud mental en el lugar de trabajo	Derecho laboral
Derechos de las personas con discapacidad psicosocial	Leyes sobre discapacidad; leyes contra la discriminación

1.5.2 Lucha contra el estigma y la discriminación

Existe un estigma generalizado y arraigado asociado al malestar emocional y percepciones inusuales dentro de la sociedad y de los propios servicios de salud mental. Se suele creer que las personas con discapacidad psicosocial son violentas y peligrosas, un estereotipo que los medios de comunicación refuerzan constantemente. Como consecuencia, las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial suelen ser tratadas con miedo y desprecio, y pueden ser objeto de abusos contra los derechos humanos. En muchos servicios de salud mental, estos prejuicios se ven a menudo reforzados por una concepción biomédica estrecha del malestar emocional y la diversidad que se aplica de manera uniforme, así como por las prácticas generalizadas de discriminación que se dan en estos entornos y que conforman las actitudes de los profesionales de la salud. El estigma que prevalece en las familias, las comunidades e incluso entre los profesionales de la salud puede repercutir en la autopercepción de las personas que tienen malestar emocional y traumas, que a veces interiorizan estas actitudes negativas, fomentando así su desempoderamiento y exclusión.

La lucha contra el estigma y la discriminación y el fomento de la inclusión contribuyen a crear un marco de salud mental basado en los derechos. Esto no sólo despeja el camino para la igualdad de acceso a servicios de salud mental de calidad, sino que también sirve para eliminar barreras a la participación en la comunidad, promueve la aceptación para acoger la diversidad y contribuye a desarrollar comunidades integradoras que fomentan la atención de la salud mental y el bienestar de sus miembros (33). La sensibilización es esencial para cambiar las actitudes que subyacen al estigma y la discriminación. La CDPD es el primer tratado de derechos humanos que incluye la toma de conciencia como disposición independiente (art. 8). El artículo establece medidas para fomentar el respeto de los derechos y combatir los estereotipos mediante campañas de sensibilización pública, así como educación y formación dirigidas a los profesionales de la salud, el público en general, los medios de comunicación, las propias personas y sus familias.

Las experiencias de discriminación en el acceso a servicios de salud mental de calidad son múltiples, especialmente para las personas pertenecientes a grupos marginados que corren un mayor riesgo de discriminación interseccional. La legislación sobre salud mental debe reconocer el carácter universal de los derechos humanos y adoptar e integrar el principio de igualdad y no discriminación en todas las políticas e intervenciones. Permitir limitaciones o niveles inferiores de las normas de derechos humanos para determinados grupos es contrario a los principios fundamentales de los derechos humanos. Por otra parte, además de prohibir toda forma de discriminación, el principio de igualdad exige acciones positivas para que todas las personas gocen de igualdad de derechos, incluidas disposiciones sobre accesibilidad, ajustes razonables, apoyo individual y beneficios legales. También pueden ser necesarias medidas específicas, como cuotas y otras formas de acciones afirmativas, para acelerar o lograr la igualdad de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, en la búsqueda del compromiso de “no dejar a nadie atrás”, como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus objetivos⁴.

⁴ Véase: <https://sdgs.un.org/es/2030agenda>.

1.5.3 Acceso a una atención y un apoyo a la salud mental de calidad, centrados en la persona y basados en los derechos

A muchas personas en todo el mundo se les niega el acceso a servicios de salud mental de calidad y reciben una atención inadecuada. Un enfoque de la salud mental basado en los derechos exige igualdad de acceso a una atención de calidad y un apoyo holístico y centrado en la persona. Los establecimientos, bienes y servicios sanitarios para la salud mental deben estar disponibles en cantidad suficiente y ser accesibles y asequibles sobre la base de la no discriminación (128). También deben ser adecuados al sexo, la edad y la cultura, de buena calidad y acordes con la ética médica, como el respeto a la autonomía y la elección individual (128).

El respeto de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental exige un enfoque centrado en la persona y basado en las identidades únicas y las experiencias vividas. La CDPD exige el respeto de las diferencias y la aceptación de la diversidad humana, así como el derecho de los niños y las niñas con discapacidad a preservar su identidad (art. 3 d) y h)). Mientras que el modelo biomédico considera los problemas de salud mental como “enfermedades cerebrales” que deben tratarse con fármacos, una perspectiva basada en los derechos humanos acepta las diferencias humanas y reconoce que las personas que experimentan malestar emocional o percepciones inusuales tienen un conjunto completo de experiencias y contextos diversos y no un problema que deba “curarse” o “arreglarse”. Al adoptar una perspectiva basada en los derechos humanos, los sentimientos, comportamientos y experiencias vividas no se abordan de forma aislada mediante intervenciones medicalizadas, sino que se abordan y comprenden en el contexto más amplio de la diversidad humana y los factores ambientales (86).

Una legislación que contemple este enfoque no sólo cuestionará los modelos biomédicos que reducen el malestar emocional y la diversidad a enfermedades, sino que reevaluará el papel de los servicios de salud mental en la vida de las personas. La recuperación es un proceso personal, diferente para cada persona, y está ligada a la autodeterminación, la sanación de las relaciones y la inclusión social. Además, los servicios de salud mental prestados por el sector sanitario constituyen una de las muchas opciones que pueden beneficiar a las personas en su recuperación y ayudarles a perseguir la vida que desean vivir. No obstante, algunas personas pueden decidir no utilizar dichos servicios por razones específicas que pueden incluir experiencias traumáticas previas con dichos servicios; estas decisiones deben ser respetadas y apoyadas. Las opciones que respetan plenamente el autoconocimiento, la voluntad y las preferencias de la persona deberían estar disponibles fuera del sistema sanitario como servicios primarios sin necesidad de diagnóstico o tratamiento de salud mental. Estos servicios se prestarían en la propia comunidad de la persona e incluirían apoyo en situaciones de crisis, apoyo en la toma de decisiones, apoyo para recuperarse de traumas y otros apoyos necesarios para vivir en la comunidad y disfrutar de solidaridad y compañía (12).

Los derechos de las personas, como el derecho a la protección social, no pueden estar supeditados al uso de atención y apoyo a la salud mental; los servicios de salud mental no deben convertirse en guardianes del ejercicio de los derechos.

1.5.4 Transición hacia la atención y el apoyo comunitarios en materia de salud mental

Aunque la importancia de la atención primaria se ha reafirmado desde la Declaración de Alma-Ata de 1978⁵, los sistemas de salud mental aún tienen que llevar la atención y el apoyo a la comunidad. Un aspecto importante de un enfoque de la salud mental basado en los derechos es garantizar que la atención y el apoyo sean accesibles y estén al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos marginados (128). Esto facilita el mantenimiento de las relaciones familiares, las amistades y el empleo mientras se recibe atención y apoyo.

El artículo 19 de la CDPD insta a transformar los sistemas de atención y apoyo, incluidos los servicios de salud mental, para permitir una vida independiente y la inclusión en la comunidad. Las prácticas de internamiento en instituciones y segregación de los servicios a lo largo de los siglos han resultado en la exclusión social y marginación de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial de sus comunidades (33). Para superar y dismantelar estos sistemas, se requiere una estrategia y un plan de acción para cerrar las instituciones psiquiátricas y transformar los servicios de salud mental a fin de garantizar el respeto del derecho de las personas a vivir en la comunidad (156).

La legislación puede facilitar la transición hacia la atención y el apoyo comunitarios en materia de salud mental. El refuerzo a través de la ley también apoyará la necesaria transformación de la prestación de servicios para garantizar una gama de servicios basados en la comunidad y centrados en la persona. Esta red de servicios debería incluir opciones multidisciplinarias y desmedicalizadas y aprovechar la experiencia de las personas con experiencia vivida.

1.5.5 Respetar la capacidad jurídica y el consentimiento informado, y eliminar el uso de la coerción

La CDPD impone a los Estados Partes la obligación de revisar sus sistemas de salud mental para poner fin a todas las formas de coerción y desarrollar respuestas no coercitivas que respeten los derechos de las personas que utilizan los servicios. Esto implica replantearse el papel de la legislación: de la restricción de los derechos a la prestación de apoyo para garantizarlos.

Un aspecto importante de este esfuerzo, en consonancia con el paradigma de apoyo de la CDPD, es respetar y promover la autonomía de las personas. El respeto a la capacidad jurídica y al consentimiento libre e informado, sin discriminación, debe estar en el centro de todos los esfuerzos de reforma. Poder tomar decisiones es fundamental para que una persona tome el control de su vida y de sus elecciones y, por tanto, para su recuperación e inclusión. En consonancia con el artículo 12 de la CDPD, los Estados Partes tienen la obligación de derogar las disposiciones legales que autorizan la sustitución en la toma de decisiones y poner a disposición de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial la toma de decisiones con apoyo o, en general, de cualquier adulto que desee acceder a apoyo para ejercer su capacidad jurídica.

⁵ Véase: www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf.

Las reformas legislativas necesarias para reconocer la plena capacidad jurídica de todas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial son muchas y quedan fuera del alcance de esta Guía (por ejemplo, reformas de los Códigos Civiles, leyes de familia, leyes sobre testamentos y otras). La [sección 2.2](#) ofrece orientación sobre cómo la ley puede garantizar el respeto de la capacidad jurídica en los sistemas de salud mental y facilitar el acceso a medidas de apoyo para su ejercicio.

1.5.6 Participación

“La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad” es un principio general establecido en el artículo 3 c) de la CDPD (157). La participación significativa de todas las partes interesadas, en particular las más afectadas, en las decisiones y políticas públicas sobre salud mental y bienestar, debería garantizarse mediante procesos transparentes. Históricamente, las personas con experiencia vivida han sido consideradas sólo pasivamente como “pacientes”, y no han sido reconocidas como elementos clave en el desarrollo de respuestas de salud mental, mientras que los profesionales de la salud mental, los proveedores de servicios y los familiares han sustituido sus voces en los procesos de toma de decisiones.

Haciéndose eco del lema del movimiento de la discapacidad, “nada sobre nosotros sin nosotros”, el artículo 4, párrafo 3 de la CDPD obliga a los Estados Partes a garantizar la participación de las personas con discapacidad psicosocial, incluidos los niños y las niñas y los adolescentes, en todas las decisiones públicas que les afecten.

La participación significativa de las personas con experiencia vivida en todas las fases de la elaboración de políticas –desde el diseño y la aplicación hasta el seguimiento y la evaluación– es clave para defender un enfoque de la salud mental basado en los derechos y garantizar que sus valiosos conocimientos y experiencias sirvan de base para el desarrollo de respuestas políticas pertinentes y eficaces (158, 159)⁶.

La asociación y la colaboración pueden mejorar aún más las respuestas centradas en la persona y basadas en los derechos, así como la rendición de cuentas, contribuyendo a una transformación sostenible del sistema. Con este objetivo, los países deberían apoyar a las organizaciones de personas con diversas experiencias “vivas” para que desarrollen sus capacidades de participación en la toma de decisiones y reivindiquen sus derechos (160).

1.5.7 Inclusión en la comunidad

Estar incluido en la comunidad significa tener igualdad de oportunidades y acceso a servicios y apoyo que permitan la participación en todos los ámbitos de la vida (161). La aplicación de un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos exige respetar la autonomía personal y la independencia de las personas, poner fin a todas las formas de institucionalización y responder tanto a las necesidades inmediatas como a las de más largo plazo, que están determinadas por los factores sociales y las formas de opresión que se entrecruzan.

⁶ Para más información sobre la participación, véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Observación general núm. 7 (2018) sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención, CDPD/C/GC/7, 27 de agosto a 21 de septiembre de 2018 (<https://digitallibrary.un.org/record/3899396?ln=en>).

Por tanto, una función esencial de los sistemas de salud mental es ayudar a las personas a acceder a los servicios y apoyos pertinentes que les permitan vivir e integrarse en la comunidad, en función de sus propias decisiones. En su mayor parte, no es responsabilidad del sector sanitario proporcionar toda la gama de servicios de apoyo que las personas puedan necesitar. Esta es una obligación primordial de otros sectores y programas como la protección social, la vivienda, la seguridad alimentaria, los asuntos de la infancia, la educación y el empleo. No obstante, los sistemas de salud mental pueden servir de interfaz con estos sectores, y viceversa, para superar barreras y obstáculos de forma holística (33). Además, existe una necesidad general de que los gobiernos transformen y empoderen a las comunidades, para que puedan responder mejor al malestar emocional y prestar apoyo a sus miembros.

1.5.8 Rendición de cuentas

La rendición de cuentas es un componente importante del marco de los derechos humanos. Sin rendición de cuentas, los derechos humanos carecen de aplicación y pierden su sentido. Los gobiernos y otros agentes deben rendir cuentas a los titulares de derechos, y es necesario establecer mecanismos para definir responsabilidades claras, medir y supervisar los avances y colaborar con los titulares de derechos para mejorar la formulación de políticas. Los países pueden integrar mecanismos de rendición de cuentas en todos los aspectos de la política de salud mental a través de la legislación. Estos mecanismos son fundamentales para supervisar y mejorar los sistemas y servicios de salud mental. Por ejemplo, los mecanismos de denuncia pueden ayudar a identificar lagunas y tendencias en el ejercicio de los derechos y servir para facilitar la mejora de los servicios (162).

Del mismo modo, la labor de los órganos de vigilancia y de la rendición de cuentas, como los tribunales, las instituciones nacionales de derechos humanos, junto con la participación de personas con experiencia vivida, contribuyen a aumentar la visibilidad de los desafíos de derechos humanos y a fomentar el respeto y la protección de los derechos humanos. La recopilación de datos y el acceso público a la información también son necesarios para garantizar la transparencia y permitir la supervisión tanto por parte de la sociedad civil como del público en general (163).

El acceso a la justicia también es esencial para la rendición de cuentas. Permite a las personas que interactúan con los servicios de salud mental impugnar las violaciones de derechos humanos y hacer valer sus derechos, incluido el derecho a un recurso efectivo. Quienes han sido objeto de tortura, malos tratos y violaciones generales de sus derechos humanos por parte del sistema de salud mental deberían recibir reparación y compensación efectivas. Los recursos efectivos también implican el deber de investigar y llevar ante la justicia a los responsables, para que rindan cuentas, luchar contra la impunidad y evitar que se repitan las violaciones. Formar al personal, incluidos los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, los jueces y los abogados, sobre los derechos de las personas que utilizan los servicios y las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial es fundamental para comprender y reconocer las violaciones de derechos a las que se enfrentan y garantizar su acceso a recursos y reparaciones efectivos. Por último, proporcionar a las personas el apoyo y las adaptaciones necesarias para acceder a la justicia es otro componente fundamental para lograr la igualdad en este ámbito.

Capítulo 2.

Disposiciones legislativas para sistemas de salud mental centrados en la persona, orientados a la recuperación y basados en los derechos

Introducción

El capítulo 2 pretende ofrecer orientaciones prácticas sobre las disposiciones legislativas que los países podrían adoptar para apoyar un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos. Abarca los principales ámbitos en los que la legislación puede proteger, promover y apoyar la aplicación de las disposiciones de los tratados internacionales de derechos humanos en lo que respecta a la salud mental. No hay un orden jerárquico entre las áreas cubiertas. En algunos casos, se necesitarán más orientaciones para garantizar la plena armonización jurídica con las normas internacionales de derechos humanos.

Algunas de las áreas tratadas en este capítulo van más allá del ámbito estricto de los sistemas de salud mental, pero tienen una importancia crítica para garantizar un enfoque holístico de la prestación de servicios y el disfrute de todos los derechos humanos. Agrupadas como elementos de reformas intersectoriales, la aplicación de estas disposiciones es responsabilidad de distintos sectores, no sólo del sanitario.

Se ofrece un formato práctico para el contenido de las disposiciones legislativas relacionadas con la salud mental. Utilizando ejemplos reales de distintos textos y disposiciones que han adoptado varios países, algunos de los cuales han sido editados para reflejar mejor el lenguaje actual de los derechos humanos, el capítulo ofrece orientaciones detalladas para redactar disposiciones basadas en los derechos. Estos ejemplos no pretenden ser prescriptivos: cada país podría considerar y adoptar legislación como parte de un proceso exhaustivo de evaluación, revisión jurídica y participación de las partes interesadas (véase el [capítulo 3](#)). Además, las referencias a disposiciones específicas de la legislación nacional no implican la aprobación de todos los aspectos de dichas leyes.

Es importante que los países tengan en cuenta el proceso de aplicación de las leyes a la hora de redactar sus disposiciones legislativas. Revisar y modificar las leyes de salud mental existentes para garantizar que sean coherentes con las normas de la CDPD, pero sin adoptar su cambio de paradigma, no logrará la transformación que exige el derecho internacional de los derechos humanos.

2.1 Garantizar la igualdad y la no discriminación

La no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos y es esencial para el disfrute de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. La atención y el apoyo en materia de salud mental deben prestarse a todas las personas sin discriminación, y nadie debería ser discriminado en modo alguno cuando acceda o utilice los servicios de salud mental y de apoyo.

En esta sección se proponen disposiciones legislativas para defender el principio de no discriminación en el sistema de salud mental y garantizar la igualdad de derechos de todas las personas en la prestación de servicios de salud mental. La mayoría de estas disposiciones podrían integrarse en las leyes de derechos humanos, las leyes de igualdad, la legislación antidiscriminación o la legislación sobre discapacidad, así como en sus leyes sanitarias o en cualquier ley de salud mental existente. Las diferentes secciones de este capítulo son pertinentes para garantizar el principio de no discriminación en la atención de la salud mental, incluidas aquellas sobre el respeto de la capacidad jurídica (véase la [sección 2.2](#)), el respeto del consentimiento libre e informado y la eliminación de la coerción (véase la [sección 2.3](#)), y la rendición de cuentas (véase la [sección 2.7](#)).

2.1.1 Prohibición de toda forma de discriminación

La legislación es un medio importante para prohibir todas las formas de discriminación en la atención sanitaria, incluida la mental. La discriminación puede ser directa, indirecta, estructural, múltiple o interseccional, por asociación, y puede incluir prácticas como el acoso y la denegación de ajustes razonables (véase la [sección 2.1.2](#)).

La prohibición de todas las formas de discriminación debería abarcar todas las interacciones con el sistema de salud mental, incluido el acceso al tratamiento, la calidad del tratamiento ofrecido, la confidencialidad, el consentimiento al tratamiento y el acceso a la información. Los motivos prohibidos de discriminación podrían incluir la raza, el sexo, la identidad o expresión de género, la orientación sexual, las características sexuales, la edad, la discapacidad, el origen nacional, étnico, indígena o social, la casta, la situación migratoria o la condición de persona refugiada, el idioma, la religión, las opiniones políticas o de otro tipo, entre otros.

En México, la Ley General de Salud reformada en 2022 (164), establece una lista exhaustiva de motivos prohibidos en el artículo 72 que establece: “Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación por motivos de origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad, la expresión de género, la filiación política, el estado civil, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

También pueden ser necesarias reformas legislativas para eliminar las barreras estructurales al acceso a la atención y el apoyo en salud mental, es decir, las barreras legales, administrativas y de otro tipo que discriminan indirectamente a determinados grupos. Por ejemplo, la obligación legal de denunciar la situación irregular de las personas migrantes que utilizan los servicios públicos a las autoridades policiales o de inmigración, que podría impedir que las personas en esa situación busquen apoyo.

Además, los países pueden considerar la posibilidad de iniciar un proceso de revisión integral para derogar toda la legislación discriminatoria que afecte a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en distintos ámbitos de la vida. Como se expone en el [capítulo 1](#), son necesarias reformas legislativas que van más allá del alcance de esta Guía para garantizar que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial gocen de los mismos derechos que las demás ([recuadro 5](#)). Por ejemplo, en algunos sistemas jurídicos, no se les permite a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial acceder a la justicia.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Los servicios de salud mental no discriminarán por motivos de raza, sexo, identidad o expresión de género, orientación sexual, características sexuales, edad, discapacidad, origen nacional, étnico, indígena o social, casta, estatus migratorio o de refugiado, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, u otros motivos.
- Todas las personas con problemas de salud mental* y discapacidad psicosocial tienen derecho a igual protección e igual beneficio de la ley sin discriminación.
- Queda prohibida la discriminación por motivos de estado de salud mental o discapacidad psicosocial. La prohibición se aplicará a toda distinción, exclusión o restricción, basada en una afección o problema de salud mental real o percibida, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de derechos, privilegios, intereses jurídicos o beneficios, en los ámbitos político, económico, social, cultural o en cualquier otro ámbito, e incluye todas las formas de discriminación, incluida la denegación de ajustes razonables y la discriminación por asociación.
- La denegación de la capacidad jurídica y del consentimiento libre e informado al tratamiento por motivo de salud mental o discapacidad psicosocial es discriminatoria.

* Si en los países se ha desarrollado una terminología alternativa a las “personas con problemas de salud mental” que esté en consonancia con el modelo de derechos humanos de la salud mental, esa alternativa podría incluirse en la ley.

Recuadro 5

Reformas legislativas más allá de la legislación sobre salud mental

Abordar la discriminación y lograr la igualdad de derechos para las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial requiere la introducción de reformas legislativas que van más allá del ámbito de esta Guía y del sector de la salud mental. Estas reformas son esenciales para que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial ejerzan sus derechos en igualdad de condiciones con las demás. Entre las áreas importantes para la reforma legislativa se incluyen:

- El reconocimiento del derecho a la igualdad ante la ley, incluida la capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida.
- El reconocimiento del derecho de acceso a la justicia, en igualdad de condiciones con las demás personas.
- El reconocimiento del derecho a obtener, poseer y utilizar documentación de identificación.
- El reconocimiento del derecho a la intimidad personal y protección de la privacidad de la información personal, sanitaria y de rehabilitación, en igualdad de condiciones con las demás personas.
- El reconocimiento del derecho a poseer, heredar o administrar bienes, en igualdad de condiciones con las demás personas.
- El reconocimiento del derecho a la educación, a todos los niveles, y al aprendizaje continuo.
- El reconocimiento del derecho al trabajo, en igualdad de condiciones con las demás personas, y prohibición de discriminación en el acceso, permanencia y condiciones de trabajo.
- El reconocimiento del derecho a un nivel de vida adecuado para las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial y sus familias, en lo que respecta a alimentación, vestimenta y vivienda adecuados.
- El reconocimiento del derecho a la protección social; y eliminación de la discriminación en los programas y derechos de protección social.
- La garantía de que se prevenga, identifique, investigue y enjuicie y castigue la explotación, la violencia y el abuso contra las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, incluida la violencia de género.

2.1.2 Realización de ajustes razonables

Aparte de la accesibilidad de las infraestructuras, los servicios, la información y la comunicación (véase la [sección 2.1.5](#)), algunas personas pueden tener requisitos individualizados para acceder a la información, tomar decisiones, trabajar o interactuar con los servicios de atención y apoyo a la salud mental. Entre los motivos pueden estar la discapacidad, la identidad de género, la religión y la edad. Por lo tanto, los sistemas de salud mental deben garantizar la realización de ajustes razonables para que todas las personas que utilizan los servicios puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con las demás.

Los ajustes razonables son intrínsecos al deber de no discriminación (165). Tal y como se establece en la CDPD, los “ajustes razonables” implican todas 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 (166). Algunos ejemplos de denegación de ajustes razonables son no aceptar a un/a acompañante durante una consulta o negarse a tener en cuenta las creencias religiosas en los servicios de salud mental.

El término “razonable” se refiere a la pertinencia, adecuación y eficacia de la adaptación. Una adaptación debe alcanzar el objetivo (o los objetivos) para el que se realiza y adaptarse a los requerimientos de la persona (165). Además, el concepto de “carga desproporcionada o indebida” establece un límite a lo que un tercero debe hacer para proporcionar una adaptación o ajuste; un ajuste no debería suponer una posible carga excesiva o injustificable para la parte que lo realiza (165).

La legislación contra la discriminación y otras leyes relacionadas pueden garantizar que las personas que utilizan los servicios de salud mental dispongan de ajustes razonables como parte intrínseca de su derecho a la igualdad y a la no discriminación. La legislación debe reconocer e incorporar la denegación de ajustes razonables como una forma de discriminación. Por ejemplo, en Filipinas, la Ley de Salud Mental de 2017 incluye la denegación de ajustes razonables en su definición de discriminación (167). Dada la importancia de la capacidad jurídica, los países pueden reconocer explícitamente el deber de realizar ajustes razonables en el ejercicio de la capacidad jurídica (168).



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- La denegación de ajustes razonables constituye una forma de discriminación. La prohibición de toda forma de discriminación es una obligación inmediata y no está sujeta a una realización progresiva.
- A la persona usuaria de los servicios de salud mental se le facilitarán los ajustes razonables para el ejercicio de sus derechos, en caso de ser necesario.
- La solicitud de ajustes razonables para el ejercicio de la capacidad jurídica no se utilizará para cuestionar la capacidad jurídica de una persona y es complementaria del derecho a recibir apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica.
- La autoridad competente elaborará orientaciones sobre cómo evaluar si un ajuste razonable impone una carga desproporcionada o indebida al titular de la obligación.
- Las instituciones públicas competentes asignarán fondos para la realización de ajustes razonables.

2.1.3 Discriminación en el seguro médico

En muchos países, las personas necesitan un seguro médico para acceder a la atención sanitaria y a los servicios relacionados con la salud. La legislación de estos países podría contener disposiciones para evitar la discriminación de las personas a la hora de obtener un seguro sanitario público, privado o mixto para la atención y el tratamiento relacionados con la salud física y mental (169). En las Islas Marshall, por ejemplo, la legislación establece que las tarifas y el acceso a la atención sanitaria, los servicios de salud, el seguro médico y el seguro de vida no deben diferir en función de la discapacidad (170).

La legislación también puede garantizar que las compañías de seguros médicos no discriminen en función de problemas de salud mental preexistentes o de la probabilidad de tenerlos, como antecedentes familiares o una supuesta predisposición genética. En muchos países, los seguros privados se niegan a cubrir esos casos o aumentan considerablemente las primas, lo que plantea problemas de equidad (171, 172).

La legislación también puede garantizar que la salud mental se reconozca en pie de igualdad con la salud física, y que se destinen fondos específicamente a la salud mental (véanse las secciones 2.4.1 y 2.4.2).

Además, la legislación también puede ayudar a los países a poner en práctica su compromiso con la Agenda 2030, que se basa en la DUDH y otros instrumentos internacionales de derechos humanos. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas se han comprometido a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades (ODS 3), así como a lograr la cobertura sanitaria universal (meta 3.8). Los esfuerzos de los Estados por hacer realidad la Agenda 2030 y su obligación de proporcionar el seguro médico y los establecimientos, bienes y servicios de atención sanitaria necesarios a quienes carecen de medios suficientes se refuerzan mutuamente (173) (véase la [sección 2.4.3](#)).



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Se prohíbe la discriminación por motivos de raza, sexo, identidad o expresión de género, orientación sexual, características sexuales, edad, discapacidad, origen nacional, étnico, indígena o social, casta, situación migratoria, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, u otros motivos prohibidos en la prestación del seguro médico.
- Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tendrán igualdad de acceso a los seguros médicos ofrecidos por proveedores de seguros públicos, privados o mixtos.
- Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tendrán acceso a las intervenciones, servicios y apoyo ofrecidos por los seguros médicos públicos, privados o mixtos, en igualdad de condiciones con las demás.
- Se prohíbe la discriminación en el seguro médico por discapacidad psicosocial preexistente o problema de salud mental.
- Los servicios de salud mental deberían estar cubiertos por todos los planes de salud ofrecidos por las aseguradoras.
- Las primas de los seguros deberían establecerse de manera justa y razonable sobre la base de estimaciones actuariales y estadísticas, y de evaluaciones no discriminatorias.

2.1.4 Lucha contra el estigma y la discriminación en las comunidades

La legislación es fundamental para enmarcar las actitudes y los comportamientos hacia las personas que tienen malestar emocional o a las que se les ha diagnosticado una afección de salud mental, así como hacia las personas con discapacidad psicosocial (174). La propia legislación puede reforzar los estereotipos y los prejuicios; por ejemplo, algunas leyes vigentes en la actualidad contienen términos despectivos, como “idiota”, “lunático”, “demente” o “enfermo mental”, y conllevan un importante valor simbólico, que repercute negativamente en el estima público y propio. El modelo biomédico de la salud mental en la legislación y las políticas, que hace hincapié en las interpretaciones biológicas del malestar emocional y no tiene en cuenta el papel de los factores ambientales y sociales, también puede reforzar el estigma y la auto estigmatización al presentar malestar emocional como un problema individual y crear una visión fatalista de la recuperación (175, 176).

Además, las leyes discriminatorias refuerzan una cultura de estigma, vergüenza y secretismo en torno al malestar emocional, el trauma y la discapacidad. Este entorno disuade a las personas de buscar apoyo y a menudo provoca marginación y violaciones de los derechos humanos. La penalización del suicidio y la autorización legal de prácticas coercitivas y otras prácticas discriminatorias son importantes impulsores del estigma y manifestaciones reales de discriminación en los sistemas de salud y las comunidades (véase la [sección 2.3](#)). Afrontar las prácticas discriminatorias derivadas del estigma es fundamental para cuestionar los estereotipos y los prejuicios en torno a la salud mental.

Otras formas en las que la reforma legislativa puede utilizarse para ayudar a abordar el estigma de la salud mental incluyen la obligatoriedad de acciones relacionadas con la toma de conciencia sobre la salud mental y la formación en salud mental para los proveedores de atención sanitaria y otros actores, incluido el público en general. Estas medidas podrían desarrollarse en colaboración con personas con experiencia vivida (véase la [sección 2.4.8](#)). En los Estados Unidos de América, algunos estados han impuesto la educación en salud mental en las escuelas públicas como forma de mejorar la toma de conciencia de los estudiantes sobre la salud mental (177). Estas medidas pueden ayudar a erradicar el estigma de la salud mental y el malestar emocional, promover la aceptación y la inclusión de la diversidad, permitir la comprensión del papel de los determinantes sociales y desmentir los mitos que relacionan los problemas de salud mental con la violencia.

Es importante que las iniciativas de sensibilización y formación sobre salud mental se guíen por un enfoque basado en los derechos humanos y no refuercen un paradigma biomédico. Dado que el estigma es un proceso social que depende de las estructuras de poder, el cambio de actitudes y comportamientos hacia las personas que tienen malestar emocional, a las que se diagnostica un problema de salud mental o aquellas con discapacidad psicosocial, requiere intervenciones polifacéticas y multinivel que aborden los factores contextuales y los desequilibrios de poder (178). De ahí la importancia de que las personas con experiencia vivida participen en la vida pública. Al dar forma a las narrativas de la diversidad y la inclusión, los servicios de salud mental y los sistemas de apoyo comunitario, las personas con experiencia vivida desempeñan un papel vital en la reducción del estigma y la discriminación (véase la [sección 2.6](#)).

Los prejuicios y las actitudes discriminatorias dentro de los servicios de salud mental también pueden conducir a diagnósticos e intervenciones incorrectos. Los prejuicios en el diagnóstico psiquiátrico están bien documentados: se ha demostrado que los prejuicios raciales y de género conducen tanto al sobrediagnóstico como al infradiagnóstico de las afecciones de salud mental (179, 180). Además, los instrumentos y criterios de diagnóstico existentes han sido criticados por ser demasiado amplios y omnicomprensivos para ser clínicamente útiles, lo que puede dar lugar a intervenciones ineficaces, estigmatizadoras y perjudiciales (181). Como señaló el Relator Especial sobre el derecho de toda persona

al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, los diagnósticos de salud mental se han utilizado indebidamente para patologizar identidades y otras diversidades (182). Aunque la lucha contra la medicalización de la vida cotidiana está fuera del alcance de la ley, la legislación puede establecer ciertos marcos para evitar su uso indebido.

Las personas deberían tener derecho a una segunda opinión o a rechazar un diagnóstico si creen que no caracteriza su experiencia de forma útil (183). Cada persona debería poder definir su propia experiencia. Un diagnóstico nunca debería utilizarse para negar o limitar derechos.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- La terminología estigmatizadora y discriminatoria relacionada con la salud mental y los grupos marginados, incluidas las personas con discapacidad psicosocial y las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersex y queer, deberá eliminarse y sustituirse por un lenguaje apropiado.
- La autoridad de salud mental llevará a cabo programas de sensibilización, en colaboración con las personas con experiencia vivida, para combatir el estigma y la discriminación en los servicios de salud mental.
- La autoridad sanitaria garantizará una formación obligatoria en salud mental para los profesionales sanitarios y otros agentes, desarrollada en colaboración con personas con experiencia vivida.
- Las campañas públicas para mejorar la toma de conciencia sobre la salud mental y el respeto por la diversidad y los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial se llevarán a cabo de forma multisectorial y con la participación de las personas con experiencia vivida.
- El Ministerio de Educación garantizará que la educación en salud mental se incluya en el plan de estudios escolar, para aumentar la toma de conciencia sobre la salud mental y el enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos.
- El diagnóstico de salud mental no se determinará sobre la base de la condición política, económica o social; la pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; la edad; o por cualquier otra razón que no sea directamente relevante para el estado de salud mental de la persona.
- La diversidad sexual o de género, o la disconformidad con los valores morales, sociales, culturales, laborales o políticos, o las creencias religiosas, imperantes en la comunidad de una persona no deben utilizarse como motivo para hacer un diagnóstico psiquiátrico.

2.1.5 Igual reconocimiento de derechos en los servicios de salud mental

Nadie que acceda a atención y apoyo a la salud mental debería ver limitados sus derechos. Debería reconocerse a toda persona usuaria de servicios de salud mental los mismos derechos que a todas las personas dentro de los entornos de salud mental. En un esfuerzo por garantizar esto, algunos países han establecido normas, o una lista de derechos de los usuarios de los servicios de salud mental, que deben ser respetados. Sin embargo, en la mayoría de los casos estas listas son incompletas, establecen excepciones o se interpretan erróneamente como exhaustivas. La legislación puede indicar que los derechos de todas las personas que utilizan los servicios de salud mental son iguales a los de las que utilizan otros servicios sanitarios generales, sin limitaciones basadas en el diagnóstico o la capacidad. Las excepciones al disfrute de cualquier derecho basadas en el estado de salud mental o la discapacidad psicosocial constituyen discriminación y deberían abolirse.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Las personas que utilizan los servicios de salud mental disfrutarán, en igualdad de condiciones con las demás y sin discriminación, de todos los derechos garantizados por la legislación nacional e internacional.
- Una persona que utiliza servicios de salud mental disfrutará de las mismas condiciones y normas de tratamiento que las personas en todos los demás entornos sanitarios.
- Se respetarán, protegerán y cumplirán los derechos de todas las personas que utilicen los servicios de salud mental.

La ley también puede garantizar que a toda persona que utilice los servicios sanitarios se le reconozca la igualdad de derechos en el acceso a la información, la comunicación, la confidencialidad y la privacidad. Estos derechos no son específicos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. La protección de estos derechos es especialmente importante en los servicios hospitalarios, pero también debe mantenerse en todos los tipos de servicios, incluidos los comunitarios. Estos derechos no deberían ser denegados o restringidos por los servicios o profesionales de salud mental.

Acceso a la información

Las personas usuarias de los servicios de salud mental tienen derecho a acceder a la información sobre su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y datos relacionados con su salud en igualdad de condiciones con las demás personas (184). Esto incluye copias de expedientes médicos, historiales y otros informes y documentos pertinentes. La información debería estar disponible en todas las lenguas pertinentes y facilitarse de forma no excesivamente simplificada ni paternalista, sino claramente comprensible para los usuarios de los servicios, y que respete su dignidad. Si lo desean, las personas que utilizan los servicios deberían poder contar con el apoyo de alguien de su confianza o de un/a defensor/a independiente. La información debería facilitarse en formatos accesibles, como lectura fácil y comunicación aumentativa y alternativa.

Pueden elaborarse protocolos sobre el acceso a la información que garanticen el respeto de la dignidad y la privacidad de las personas afectadas, incluyendo, por ejemplo, la oferta de apoyo para revisar y explicar la información contenida en el expediente o historial de las personas. Una persona que utiliza un servicio debería tener el derecho y los medios para reclamar ante una autoridad independiente la falta de acceso a su expediente médico, así como cualquier otro posible problema.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Una persona que utiliza los servicios de salud mental tiene derecho a recibir información completa, de forma individualizada y accesible, sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Antes de cualquier intervención, la persona que utiliza los servicios de salud mental tiene derecho a recibir, de forma clara y comprensible, información detallada sobre:
 - su estado de salud, incluida su evaluación médica;
 - los exámenes e intervenciones propuestos;
 - los efectos previstos de cualquier examen o intervención que se ofrezca, incluidos los posibles beneficios, riesgos, efectos secundarios y daños;
 - su derecho a decidir sobre los exámenes e intervenciones propuestos; e
 - información sobre posibles procedimientos alternativos.
- Una persona que utiliza los servicios de salud mental tiene derecho a hacer más preguntas durante y después de recibir la información.
- Una persona que utiliza los servicios de salud mental tiene derecho a conocer los resultados de los exámenes individuales y las intervenciones realizadas durante su atención.
- Los historiales médicos se cumplimentarán en el momento del servicio y de forma que se respete la dignidad y la privacidad de la persona.
- Toda persona que utilice los servicios de salud mental tiene derecho, previa solicitud, a acceder y recibir copias de la información y documentación contenida en sus historiales médicos y otros registros sanitarios.
- El derecho de acceso a la historia clínica también puede ser ejercido por representantes legales debidamente acreditados.
- Una persona que utiliza los servicios de salud mental tiene derecho a solicitar que sus comentarios se inserten en la historia clínica sin alterar la existente.
- Una persona que utiliza los servicios de salud mental tiene derecho a reclamar o emprender acciones legales si no se respeta el derecho a la información.
- El personal que trabaje en los servicios de salud mental recibirá formación sobre el uso de formatos accesibles.

Confidencialidad y protección de datos personales

Las personas que utilizan los servicios de salud mental tienen derecho a la protección de la información relacionada con su salud, en igualdad de condiciones con las demás (184). Dicha información no debería revelarse a terceros sin el consentimiento de la persona afectada. En ámbitos como el empleo, la educación, el seguro médico y la migración, la divulgación de información suele dar lugar a discriminación.

Los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental están sujetos a normas y códigos de conducta que generalmente incluyen la confidencialidad y la protección de los datos personales. Es importante que el intercambio y la divulgación de datos entre el personal sanitario se limiten a la

información necesaria para la coordinación o la continuidad de la atención (185). Es importante que todos los miembros del equipo de atención de la salud mental conozcan las normas que les obligan a mantener la confidencialidad. Las autoridades responsables de los establecimientos de salud mental pueden velar por que existan sistemas y garantías procesales adecuados para que solo las personas pertinentes y autorizadas puedan acceder a los historiales médicos, las notas clínicas, el almacenamiento en la nube u otros mecanismos electrónicos de registro de datos de las personas. Esto podría incluir barreras de protección y vinculantes entre las autoridades de inmigración y los servicios sanitarios. La legislación también podría proteger la confidencialidad estableciendo sanciones y penas en caso de infracción.

La divulgación de información relacionada con la salud mental para fines distintos de la prestación de atención sanitaria –por ejemplo, para planificar, mejorar o supervisar los servicios de atención sanitaria, o para facilitar la labor de mecanismos independientes de vigilancia de los derechos humanos– podría permitirse si lo autoriza la ley con arreglo a criterios necesarios y proporcionados, y en igualdad de condiciones con otra información relacionada con la salud (186). Las compañías de seguros, los empleadores y los contratistas externos no pueden tener acceso a esta información sin el consentimiento de la persona afectada (187).

No se puede obligar a las personas a divulgar información relacionada con su salud mental o su discapacidad. Cuando se requiere una prueba de discapacidad para acceder a una prestación o servicio, suele bastar la certificación por parte de una autoridad (188).



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Las personas que utilizan los servicios de salud mental deben gozar de los mismos derechos a la protección de datos personales y al secreto estadístico que cualquier otra persona.
- Los servicios sanitarios mantendrán la confidencialidad de toda la información, comunicaciones, los historiales y datos personales relacionados con la salud física o mental de una persona, incluida la prestación de servicios sanitarios.
- La información, las comunicaciones y los historiales no se divulgarán ni compartirán con terceros, incluidas las familias, sin el consentimiento por escrito de la persona afectada. Se conservarán los registros relativos al suministro de información y comunicaciones a la persona que utiliza del servicio.
- El intercambio y la divulgación entre trabajadores y servicios sanitarios de datos relacionados con la salud mental de una persona deben limitarse a la información necesaria para la coordinación o continuidad de la atención, y estar sujetos a normas de confidencialidad.
- Todos los servicios sanitarios tendrán una política de confidencialidad.
- Se prohíbe que los empleadores o los centros educativos soliciten certificados de salud mental al solicitar un empleo o como requisito de admisión en un centro educativo.
- Una persona que utiliza los servicios de salud mental tiene derecho a quejarse o emprender acciones legales si no se respeta la confidencialidad.

Privacidad

Toda persona tiene derecho a la privacidad. El derecho relacionado con la privacidad limita hasta qué punto la sociedad puede inmiscuirse en los asuntos de una persona y protege la privacidad de la información personal, las comunicaciones, la intimidad corporal y la privacidad del entorno personal. Este derecho se viola con frecuencia en el caso de las personas que utilizan los servicios de salud mental, sobre todo por parte del personal de los centros de hospitalización.

La legislación puede establecer un mandato claro para garantizar el derecho a la privacidad en los servicios de salud mental; las injerencias solo pueden permitirse si no son arbitrarias ni ilegales. El uso de nuevas tecnologías en el contexto de la atención de la salud mental, como el asesoramiento en línea, las aplicaciones de salud mental, las tecnologías de control biométrico (por ejemplo, los video sensores o las “píldoras inteligentes”) y otras tecnologías algorítmicas y basadas en datos, plantea importantes retos éticos que justifican sólidos marcos jurídicos y normativos de protección (183). Estos podrían incluir evaluaciones de los riesgos e impactos sobre los derechos humanos, que deben llevarse a cabo con la participación de las personas que utilizan los servicios de salud mental, así como garantías de transparencia, supervisión independiente y acceso a vías de recurso en relación con el uso de las nuevas tecnologías en el contexto de los servicios de salud mental, y la adopción o revisión de la legislación sobre protección de datos en consonancia con las obligaciones en materia de derechos humanos.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Una persona que utiliza los servicios de salud mental tiene derecho a la privacidad en igualdad de condiciones con las demás, tanto en espacios físicos como en línea.
- Todas las intervenciones sanitarias se llevarán a cabo respetando el derecho a la privacidad de las personas.
- Una persona que reciba los servicios de hospitalización tendrá la oportunidad y el derecho de comunicarse y mantener correspondencia con otras personas en privado, incluidos consejeros y representantes personales.
- Toda persona que reciba los servicios de hospitalización tendrá derecho a un espacio y privacidad adecuados para practicar sus creencias culturales, religiosas o espirituales.
- La autoridad sanitaria adoptará normas para garantizar la seguridad de los datos, la transparencia y la supervisión independiente de los servicios digitales de salud mental.

Comunicación

Las personas que utilizan los servicios de salud mental tienen derecho a comunicarse libremente con quien deseen, en igualdad de condiciones con las demás. La comunicación es importante para garantizar la rendición de cuentas, y puede funcionar como un sistema informal de control, previniendo la violencia y el abuso. Lamentablemente, en muchos servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, la comunicación está restringida y vigilada; la correspondencia se abre y a veces se censura basándose en el principio del “interés superior”. También suelen restringirse los encuentros privados con la familia, incluidos el cónyuge y las amistades. Incluso en algunos servicios ambulatorios se limita ocasionalmente la comunicación. La legislación puede prohibir explícitamente estas prácticas, alejándose del “interés superior” y acercándose al reconocimiento igualitario de los derechos.

Las personas que utilizan los servicios de salud mental hospitalaria deberían disfrutar y ejercer su derecho a acceder a la información. Esto incluye el acceso regular y significativo a periódicos, televisión, radio e Internet, en igualdad de condiciones con las demás.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Una persona que utiliza los servicios de salud mental tiene derecho a comunicarse con quien quiera en igualdad de condiciones con los demás.
- Una persona que recibe atención de la salud mental hospitalaria tiene derecho a la libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas dentro y fuera del servicio; enviar y recibir comunicaciones privadas sin censura; recibir, en privado, visitas de un defensor o representante personal y, en cualquier momento oportuno, de otros visitantes; y tener acceso a servicios postales y telefónicos, periódicos, radio, televisión e Internet.

Recibir información sobre derechos

Las personas que utilizan los servicios de salud mental suelen desconocer sus derechos legales y, por tanto, no pueden ejercerlos. La legislación podría prever que las personas que utilizan los servicios sean informadas de los mismos cuando interactúen tanto con los servicios de salud mental de atención primaria como con los de hospitalización. Sus derechos, y la forma de ejercerlos, podrían explicarse de manera que puedan entenderse con claridad.

La información pertinente sobre los derechos debería comunicarse en un formato y un lenguaje comprensibles para la persona y adecuados a su edad. Cuando proceda, deberían utilizarse formatos accesibles, como la lectura fácil, la interpretación en lengua de signos y la comunicación aumentativa y alternativa.

Condiciones físicas y sociales de los servicios

La prestación de servicios de salud mental seguros, higiénicos y confortables es fundamental para la recuperación y el bienestar general de una persona. Al recibir atención y apoyo, ninguna persona debería estar sometida a condiciones inseguras o insalubres, como falta de agua y saneamiento, paredes y suelos sucios o deteriorados, o mala calefacción. Las condiciones precarias, especialmente en los servicios de hospitalización, pueden constituir tortura y malos tratos (189).



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Una persona que utiliza los servicios de salud mental recibirá, de forma clara y comprensible, y en el momento de cualquier contacto, información verbal y escrita sobre sus derechos, cómo ejercerlos y cómo acceder a los mecanismos de denuncia disponibles.
- Los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental deben exponerse de forma visible para los usuarios de los servicios en todos los centros sanitarios públicos y privados que presten atención de la salud mental.
- Toda la información sobre los derechos en los servicios de salud mental deberá estar disponible en formatos accesibles.

Las condiciones en los servicios de salud mental deberían ser tan buenas como en cualquier otro centro sanitario en el que se preste tratamiento, atención y apoyo a pacientes hospitalizados (190). El diseño de los servicios debería seguir los principios del diseño universal. La legislación y los reglamentos subsiguientes pueden establecer requisitos mínimos para un entorno de vida seguro, higiénico, terapéutico y acogedor, en el que se facilite la interacción social y las actividades (191). Los mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas son importantes para garantizar el cumplimiento de estas obligaciones (véase la [sección 2.7](#)).

En algunos servicios de salud mental, bajo la apariencia de terapia ocupacional, se obliga a los usuarios de los servicios a trabajar. Esta práctica constituye un trato inhumano o degradante e infringe los artículos 7 y 8.2 y 8.3 del PIDCP. Aunque el uso del trabajo forzoso y la explotación podría estar prohibido en la legislación, algunas áreas no están claras; por ejemplo, las situaciones en las que las personas que utilizan los servicios, como parte de un programa, deben participar en actividades domésticas, como hacer sus camas o preparar comidas. La legislación debería aportar la mayor claridad posible y garantizar el carácter voluntario de las actividades ocupacionales.

El módulo QualityRights de la OMS, *La transformación de los servicios y la promoción de los derechos humanos* (192), junto con el *Instrumento de calidad y derechos Quality Rights de la OMS* (190), proporcionan a los países información práctica e instrumentos para evaluar y mejorar la calidad y las normas de derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Los servicios de salud mental serán físicamente accesibles para las personas con discapacidad.
- Los servicios de salud mental deberán cumplir las normas de higiene y seguridad aplicadas a todas las instalaciones y servicios sanitarios.
- Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados ofrecerán un entorno acogedor, cómodo, estimulante y propicio para la recuperación.
- La persona que reciba los servicios de hospitalización dispondrá de un espacio adecuado para practicar actividades físicas, deportes y otras actividades de ocio.
- La autoridad sanitaria adoptará reglamentos para garantizar normas adecuadas en relación con los servicios de hospitalización para las personas con problemas de salud mental, incluido el alojamiento, la alimentación y la atención adecuados y apropiados. Dichos reglamentos podrán prescribir requisitos relativos al diseño, mantenimiento, reparación, limpieza y aseo, ventilación, calefacción e iluminación.
- Las personas que utilicen los servicios de salud mental estarán protegidas contra el trabajo forzado y la explotación en la atención sanitaria y los servicios sociales.

2.2 Respeto de la dignidad humana y la capacidad jurídica en los servicios de salud mental

La capacidad jurídica es el atributo de una persona para tener derechos y ejercerlos. En la mayoría de los países, se suele considerar que las personas con un diagnóstico de salud mental y aquellas con discapacidad psicosocial, intelectual o del desarrollo carecen de capacidad para tomar decisiones y, por tanto, se les niega la posibilidad de defender sus derechos por sí mismas. Esta situación es especialmente frecuente en los servicios de salud mental, donde a menudo se trata a las personas como objetos de atención y no como sujetos de derechos.

El artículo 12 de la CDPD refleja una comprensión más profunda y completa de la capacidad jurídica al hacer hincapié en su universalidad y relevancia en todos los aspectos de la vida, incluida la salud. También prevé el acceso al apoyo que las personas puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Reconocer la capacidad jurídica y la toma de decisiones con apoyo es una condición previa para ejercer el derecho a la salud y los derechos conexos. Todas las personas que utilizan los servicios de salud mental, incluidas las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y del desarrollo, deben tener derecho a tomar decisiones por sí mismas sobre su salud y tratamiento médico, y a que esas decisiones sean reconocidas como válidas por la ley.

En esta sección se proponen disposiciones legislativas que respeten la capacidad jurídica de las personas que utilizan los servicios de salud mental y que les proporcionen el apoyo adecuado en caso necesario. Para garantizar que la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y del desarrollo no se vea restringida en otros ámbitos de la vida, es importante que los países examinen exhaustivamente todas las áreas del derecho, incluidos los códigos civiles, las leyes sobre tutela o familia y las leyes sobre capacidad mental (193). Aunque estas reformas más amplias quedan fuera del ámbito de esta Guía, son esenciales para la plena participación e inclusión de una persona en la comunidad.

2.2.1 Respeto de la capacidad jurídica en los servicios de salud mental

Desde la adopción de la CDPD, varios países han incluido disposiciones que reconocen la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial, intelectual y del desarrollo (194). En algunos países, el reconocimiento de la capacidad jurídica se ha previsto en leyes relativas a la salud mental para reafirmar que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial gozan de capacidad jurídica en el contexto de la prestación de servicios de salud mental y también para facilitar su acceso a la toma de decisiones con apoyo (véase la [sección 2.2.3](#)).

Al establecer un mandato claro, la legislación puede ayudar a los servicios de salud mental a respetar la capacidad jurídica de todas las personas que utilizan los servicios. El ejercicio de la capacidad jurídica en el contexto de los servicios de salud mental no se reduce al respeto del consentimiento libre e informado (véase la [sección 2.3](#)), ya que la capacidad jurídica puede denegarse de muchas maneras; por ejemplo, limitando la posibilidad de nombrar a personas de apoyo, presentar quejas o informes o participar en ensayos clínicos. La legislación puede reconocer además la “dignidad del riesgo” de las personas usuarias de los servicios, es decir, el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones y asumir riesgos.

Respetar la capacidad jurídica no implica ignorar las diversas aptitudes o habilidades de las personas para tomar decisiones; al contrario, deberían existir regímenes de apoyo a la toma de decisiones que reconozcan esta diversidad. El hecho de tener diferentes habilidades para la toma de decisiones o un diagnóstico de salud mental no debería conducir a la restricción de la capacidad jurídica de las personas para tomar sus propias decisiones y para que otros las respeten.

La toma de decisiones con apoyo puede incluir el establecimiento de mecanismos que permitan a las personas designar a una o varias personas de confianza de su elección para que les ayuden a acceder a la información pertinente y a evaluar las ventajas y desventajas de una decisión concreta, así como a hacer valer sus decisiones y elecciones (véase la [sección 2.2.3](#)). También puede implicar la aplicación de mecanismos de planificación anticipada que permitan a las personas expresar su voluntad y preferencias respecto a situaciones futuras en un momento en que estén en condiciones de comunicarlas (véase la [sección 2.3.2](#)). Las leyes que estipulan el cumplimiento de tales mecanismos por parte de los servicios de salud mental defienden el respeto de la capacidad jurídica de todas las personas con problemas de salud mental o discapacidad en igualdad de condiciones con las demás, incluso en los casos en que una persona pueda ser incapaz de expresar su voluntad y sus preferencias (195).

Las disposiciones relativas al respeto de la capacidad jurídica en los servicios de salud mental entran a veces en contradicción con otras disposiciones del marco jurídico nacional. Sin embargo, imponer el respeto de la capacidad jurídica de todas las personas que utilizan los servicios de salud mental contribuye a reforzar un cambio de paradigma y puede ser un primer paso para abrir el espacio a nuevas reformas legislativas e intervenciones judiciales de conformidad con las nuevas disposiciones (196).



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Toda persona usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho a: (a) ser reconocida como persona ante la ley y con capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás; y b) tener acceso al apoyo libremente elegido que pueda necesitar para ejercer su capacidad jurídica.
- Los servicios de salud mental respetarán la capacidad jurídica de todas las personas con problemas de salud mental o discapacidad en igualdad de condiciones con las demás en todo momento, incluidas las situaciones de crisis.
- Ninguna persona será sometida a limitación alguna de su capacidad jurídica basada en una afección o deficiencia real o percibida; o en una dificultad real o percibida para tomar decisiones.
- Una persona que utiliza los servicios de salud mental tiene los mismos derechos que las demás personas de la comunidad a tomar decisiones que afectan a su vida –incluidas las decisiones que implican riesgos– y a recibir apoyo para tomarlas si así lo solicita.

2.2.2 Prohibición de sustituir la toma de decisiones en los servicios de salud mental

Un aspecto importante de la defensa de la capacidad jurídica de las personas que utilizan los servicios de salud mental, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial, intelectual y del desarrollo, es poner fin a la “toma de decisiones sustitutiva”. Esto último ocurre cuando:

- se retira o restringe la capacidad jurídica de una persona, aunque sea con respecto a una única decisión;
- una tercera persona, tales como tutores, curadores, jueces o expertos, sustituye a la persona afectada en la toma de decisiones nombrando a personas tutoras o expertas o jueces contra su voluntad;
- las decisiones son tomadas por personas sustitutas con facultad de tomar decisiones basándose en el “interés superior” de la persona afectada, en lugar de respetar la voluntad y las preferencias de la propia persona (197).

Países como Colombia, Costa Rica, España, Georgia y Perú han abolido de sus ordenamientos jurídicos la tutela y otros regímenes sustitutivos de la toma de decisiones. Aunque estas reformas tienen limitaciones, sobre todo en el contexto de las decisiones sanitarias, abren posibilidades para que otros países sigan su ejemplo.

La ley puede prohibir la sustitución en la toma de decisiones en la prestación de atención y apoyo a la salud mental. Esto incluye derogar las disposiciones que permiten a tutores y familiares tomar decisiones por las personas que reciben atención o apoyo a la salud mental, así como eliminar todos los casos en los que la ley permite al médico tratante decidir por la persona en su “interés superior”. La ley también puede prohibir expresamente que los profesionales sanitarios tomen decisiones sin el consentimiento informado de la persona (véase la [sección 2.3.4](#)) y facilitar el acceso a la toma de decisiones con apoyo (véase la [sección 2.2.3](#)). Poner en marcha opciones de toma de decisiones con apoyo, manteniendo al mismo tiempo regímenes de toma de decisiones sustitutivos, es insuficiente para cumplir el artículo 12 de la CDPD (198).

2.2.3 Facilitar la toma de decisiones con apoyo a las personas que utilizan los servicios de salud mental

La legislación sobre salud mental puede poner la toma de decisiones con apoyo a disposición de las personas que utilizan los servicios y que deseen ayuda para ejercer su capacidad jurídica en el contexto de la atención de la salud mental.

Aunque el alcance y la formalidad de la toma de decisiones con apoyo pueden variar de un país a otro, en general permite a las personas designar a una o más personas para que les ayuden a: i) obtener y comprender información; ii) evaluar las posibles alternativas y consecuencias de una decisión; iii) expresar y comunicar una decisión; y/o iv) poner en práctica una decisión (199). Las personas deberían tener libertad para elegir entre regímenes y acuerdos de diversos tipos, intensidades y formalidades; por ejemplo, círculos de apoyo, redes de apoyo, acuerdos de apoyo, apoyo entre pares, defensores independientes, defensores personales, asistencia personal, directivas anticipadas, apoyo de familiares y amistades y comunidades en línea.

La regulación de la prestación y el acceso a estas diferentes formas de apoyo no entra en el ámbito de la legislación. No obstante, es importante que la legislación relativa a la prestación de servicios de salud mental reconozca y refuerce la toma de decisiones con apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas que utilizan dichos servicios, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial, intelectual y de desarrollo.

Por ejemplo, la legislación puede establecer formas específicas de apoyo a la toma de decisiones en el contexto de los servicios sanitarios y sociales relacionados. Este apoyo puede incluir el derecho a estar acompañados y apoyados por una persona de confianza a la hora de tomar decisiones en materia de salud; la adopción de directrices anticipadas; y el nombramiento de personas designadas para ser informadas y/o consultadas durante una crisis (véase la [sección 2.3.2](#)). La legislación también puede garantizar la disponibilidad de defensores verdaderamente independientes de los servicios de salud mental para prestar apoyo y defender los derechos de las personas sin coste económico alguno. La falta de recursos económicos no debería ser un obstáculo para acceder al apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica (200).

Algunos países han legislado regímenes de codecisión en los que se puede designar a un codecisor para ayudar a una persona a tomar decisiones conjuntamente. Esto implica que el codecisor y la persona consienten conjuntamente las intervenciones. Estos sistemas no pueden considerarse una forma de apoyo a la toma de decisiones a menos que sean voluntarios. La persona tiene derecho a elegir al codecisor y a poner fin o modificar la relación en cualquier momento (201). La toma de decisiones con apoyo nunca debería imponerse a las personas. Si una persona decide no recibir apoyo, deberían respetarse sus deseos.





Ejemplos de lo que puede decir la ley

- A la persona que utiliza los servicios de salud mental se le facilitará el acceso, sin influencias indebidas ni coerción, al apoyo que considere adecuado para ejercer su capacidad jurídica. La persona interesada determinará la forma, la identidad, el alcance, la duración y el número de apoyos.
- La toma de decisiones con apoyo es una forma de asistencia que facilita el ejercicio de la capacidad jurídica de una persona. El apoyo puede consistir en: i) comprender las opciones, responsabilidades y consecuencias de las decisiones de una persona; ii) acceder, recopilar y obtener información relevante para una decisión determinada; iii) comprender dicha información; y/o iv) poner en práctica la decisión de la persona, incluida la ayuda para comunicar la decisión de la persona con respecto a terceros.
- Una persona de apoyo, sobre la base del consentimiento de la persona interesada, tendrá autoridad para: i) acceder a la información y a los historiales médicos de la persona; ii) asistir a la persona en relación con cualquier tratamiento o terapia propuestos; y/o iii) estar presente durante las citas y consultas de la persona con profesionales de la salud mental, trabajadores y otros proveedores de servicios, en el transcurso de un tratamiento o intervención.
- Los servicios de salud mental reconocerán y respetarán los acuerdos y disposiciones de la toma de decisiones con apoyo.
- La existencia de un acuerdo o convenio para la toma de decisiones con apoyo no impide que una persona ejerza su capacidad jurídica para tomar decisiones sin apoyo.
- Los servicios de salud mental dispondrán de defensores independientes, previa solicitud en cualquier momento, para ayudar a las personas usuarias de los servicios a acceder a la información, comprender sus derechos y opciones, y hacer que éstos y su voluntad y preferencias sean respetados. Los defensores deben ser independientes de los servicios de salud mental; prestar sus servicios de forma gratuita; contar con la experiencia y la formación adecuadas, así como con una financiación segura y sostenible; guiarse por los principios de los derechos humanos; e incluir a personas con experiencia vivida. Los servicios de salud mental facilitarán el ejercicio de las funciones de los defensores independientes y garantizarán su acceso a todas las personas y servicios.
- Los familiares y personas cuidadoras informales de las personas que utilizan los servicios de salud mental también deberían disponer de apoyo y de defensa.

2.2.4 Salvaguardar la voluntad y las preferencias

Las salvaguardias legales son necesarias para que se respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona que recibe la ayuda, y para evitar abusos. Las salvaguardias no pretenden impedir que las personas tomen decisiones, ni que asuman riesgos: el objetivo es garantizar que se respeten la voluntad y las preferencias de la persona (202). Por lo tanto, las salvaguardias deben: i) basarse en los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona; ii) ofrecer protección contra los conflictos de intereses, la explotación, el abuso y la influencia indebida; iii) ser proporcionales y estar adaptadas a la persona; e iv) incluir mecanismos de denuncia y reparación.

Si bien las salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica deberían abordarse en la legislación general sobre capacidad jurídica, la legislación sobre salud mental puede garantizar que estas salvaguardias se respeten en el ámbito de la atención y el apoyo a la salud mental, especialmente en los países en los que la reforma sobre capacidad jurídica aún no está en consonancia con la CDPD.

Respetar la voluntad y las preferencias en la toma de decisiones con apoyo

El apoyo no debería equivaler a una sustitución de la toma de decisiones. La legislación puede exigir que la toma de decisiones con apoyo en los servicios de salud mental respete la voluntad y las preferencias de la persona afectada, incluido el derecho a rechazar el apoyo y a poner fin o cambiar la relación de apoyo en cualquier momento (203).

Garantizar que las personas que utilizan los servicios de salud mental tengan acceso a distintas formas de apoyo, incluido el asesoramiento independiente, también contribuye a reducir el riesgo de influencia indebida.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- El apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica se prestará de acuerdo con la voluntad y las preferencias de la persona interesada.
- Se establecerán salvaguardias para garantizar el respeto de los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona interesada; y para evitar el conflicto de intereses, la explotación, el abuso y la influencia indebida de la persona que presta apoyo.
- Se prohíbe a las personas que prestan apoyo: i) ejercer una influencia indebida sobre la persona apoyada; y ii) actuar fuera del ámbito previsto en el acuerdo o convenio de toma de decisiones con apoyo.

Protección contra abusos e influencias indebidas

La legislación puede contribuir a ofrecer protección contra el abuso y la influencia indebida en la toma de decisiones con apoyo en el contexto de la salud mental. La influencia indebida se produce cuando la calidad de la interacción entre la persona que presta el apoyo y la que lo recibe presenta “señales de miedo, agresión, amenaza, engaño o manipulación” (204).

La legislación puede incluir mecanismos de rendición de cuentas para garantizar que se respeten la voluntad y las preferencias de la persona, así como mecanismos para impugnar la actuación de quien presta el apoyo en caso de que no actúe de acuerdo con ellas. Los mecanismos podrían incluir informes obligatorios, revisiones periódicas, mecanismos de denuncia accesibles, solicitudes de información y supervisión por terceros, entre otros. Estos mecanismos deberían aplicarse respetando la autonomía y la privacidad de la persona. Las personas que recurren a los servicios de apoyo deben ser informadas de sus derechos y de los mecanismos de denuncia disponibles.

La legislación también puede regular normas claras de conducta para quienes prestan apoyo, como actuar con diligencia y de buena fe, o mantener la confidencialidad de la información personal, además de respetar la voluntad y las preferencias de la persona apoyada. En algunos ordenamientos jurídicos, existen limitaciones sobre quiénes pueden prestar apoyo; entre ellas, no tener un litigio pendiente con la persona afectada o no tener un conflicto de intereses en relación con la decisión de prestar apoyo.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Las salvaguardias son medidas diseñadas para garantizar que los mecanismos de toma de decisiones con apoyo respetan los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona afectada y están libres de conflictos de intereses e influencias indebidas.
- Las garantías se establecerán de manera proporcional y en función de las circunstancias de la persona afectada.
- La inclusión de salvaguardias en los acuerdos de toma de decisiones con apoyo es obligatoria.

Mejor interpretación de la voluntad y las preferencias

En algunos casos excepcionales, es difícil –a veces imposible– conocer la voluntad y las preferencias de una persona. Por ejemplo, cuando una persona está inconsciente, o experimenta problemas de salud mental por primera vez, y no hay nadie con conocimientos profundos sobre la comunicación con una persona con importantes dificultades de comunicación. Para estas situaciones, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad introdujo la norma de la mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias (205). Esta norma implica determinar lo que la persona habría querido en lugar de decidir en función de su “interés superior”.

Aunque la noción de interés superior varía según las jurisdicciones, la determinación del “interés superior” suele basarse en una evaluación externa de las necesidades de atención y bienestar de la persona, que puede entrar en conflicto con lo que la persona desea. La mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias implica tener en cuenta la trayectoria vital de la persona: sus creencias, valores, actitudes, sentimientos y acciones cotidianas, incluidas las señales no verbales. Este proceso de interpretación es complejo y puede requerir muchos recursos y tiempo. Además, existe el riesgo de que la voluntad y las preferencias de la persona se “fabriquen” para satisfacer los deseos de quien presta apoyo. No obstante, este enfoque es mejor que intentar determinar “lo que es bueno para ellos” porque mantiene la voluntad y las preferencias de la persona en el centro de todos los esfuerzos. Para evitar abusos, los países deben regular estrictamente el uso de la norma de la “mejor interpretación” y garantizar que sólo se utilice como último recurso y después de haber realizado todos los esfuerzos significativos. También debería estar sujeta a una estrecha revisión judicial para evitar abusos.

La aplicación de la norma de la mejor interpretación en el ámbito de la salud mental debería estudiarse detenidamente y debatirse con la participación de las personas con experiencia vivida. Una preocupación importante, sobre todo de las personas con discapacidad psicosocial, es que los servicios de salud mental, basándose en los prejuicios y el paternalismo generalizados existentes, podrían considerar que las personas en crisis, que experimentan un malestar emocional intenso o que tienen percepciones inusuales son incapaces de expresar su voluntad y sus preferencias, una situación que también puede darse con las personas con discapacidad intelectual o cognitiva, sobre las que existe una fuerte presunción de “incapacidad”. Como consecuencia, podrían ser hospitalizadas y medicadas sin su consentimiento, e incluso si lo rechazan activamente (206).

2.2.5 Respetar la evolución de las facultades de los niños y las niñas

Los niños y las niñas deberían participar en las decisiones relacionadas con su atención sanitaria de manera acorde con la evolución de sus facultades (207). Como se establece en el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados Partes tienen la obligación de respetar el derecho de los niños y las niñas a expresarse y a participar en todos los asuntos que les afecten, en función de su edad y madurez.

La legislación puede garantizar que se busque activamente la opinión de los niños y de las niñas y se les dé la debida importancia en las decisiones relacionadas con la atención sanitaria, de acuerdo con la evolución de sus facultades. Se les debería proporcionar información adecuada y apropiada para que comprendan todos los aspectos pertinentes en relación con las decisiones de atención sanitaria, y se les debería permitir, siempre que sea posible, dar su consentimiento con conocimiento de causa (208).

Los adolescentes⁷ deberían tener acceso a la información esencial para su salud y desarrollo, con el fin de tomar decisiones adecuadas sobre su comportamiento en materia de salud (208). Es importante que la legislación reconozca también su derecho a recibir asesoramiento y orientación confidenciales sobre salud mental sin el consentimiento de sus padres o tutores, si así lo desean (208). Esta obligación es distinta del derecho a dar consentimiento médico y no debería estar sujeta a ningún límite de edad (208). Aunque implicar a los padres o tutores en las decisiones relacionadas con la salud de los jóvenes es sensato, muchos adolescentes no buscarán apoyo si se ven obligados a involucrar a sus padres.

La legislación también puede garantizar que los servicios de salud mental respeten la voluntad y las preferencias de los niños, niñas y adolescentes con un diagnóstico de salud mental o una discapacidad psicosocial, intelectual y del desarrollo, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas (209). Además, la legislación puede reconocer el derecho de los niños, niñas y adolescentes a recibir un apoyo adecuado a su edad y discapacidad para expresar sus opiniones y tomar decisiones.

⁷ El término “adolescentes” se refiere a niños y niñas de 10 a <18 años. Esta franja de edad es similar a la definición de adolescencia empleada por la OMS, que es de 10 a 19 años, y por lo tanto facilita la coherencia en la recopilación de datos; véase: www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 y la Observación general núm. 20 del Comité de los Derechos del Niño sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia CRC/C/GC/20 (<https://digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en>).



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Se dará a los niños, niñas y adolescentes la oportunidad de dar su consentimiento libre e informado a la atención de la salud mental, conforme a su edad y madurez (210).
- Todos los adolescentes tienen derecho a acceder de forma confidencial a asesoramiento y orientación sobre salud mental sin el consentimiento de un progenitor o tutor legal, si así lo desean (211).
- Se proporcionará a los niños, niñas y adolescentes, si así lo desean, un apoyo para la toma de decisiones adaptado a su edad y discapacidad, de forma coherente con la evolución de sus facultades.

2.3 Consentimiento informado y eliminación de prácticas coercitivas en la atención de la salud mental

El consentimiento libre e informado debería ser la base de todas las intervenciones relacionadas con la salud mental. Poder tomar decisiones sobre la propia atención sanitaria y las opciones de tratamiento es un elemento esencial del derecho a la salud.

Acabar con las prácticas coercitivas en salud mental –como el internamiento involuntario, el tratamiento forzoso, el aislamiento y la contención– es esencial para respetar los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental. La coerción es perjudicial para la salud física y mental, y aleja a las personas de los sistemas de salud mental y de apoyo. Además, muchas personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial han experimentado traumas en su vida. Cuando “se producen violencia, coacción y malos tratos en los servicios de salud mental, el servicio no solo fracasa en su función de ayudar a las personas usuarias, sino que agrava sus dificultades originales y las retraumatiza” (212). “Si bien alguna vez fue considerado un 'mal necesario', hay evidencia creciente que respalda la implementación de prácticas no coercitivas” (33, 213).

En esta sección se proponen disposiciones legislativas que podrían contribuir a poner fin a la coerción en los servicios de salud mental y a defender el derecho de todas las personas que utilizan los servicios a recibir intervenciones relacionadas con la salud mental y otras intervenciones sanitarias sólo con su consentimiento libre e informado. Dado que en la mayoría de los países el derecho al consentimiento informado y sus excepciones están regulados en las leyes sanitarias y de salud mental, muchas de las reformas necesarias para acabar con las prácticas coercitivas deberían especificarse en dichos documentos normativos.

2.3.1 Promover y proteger el derecho al consentimiento libre e informado

El derecho al consentimiento libre e informado es un elemento fundamental del derecho a la salud. Abarca el derecho a aceptar, rechazar o elegir un tratamiento médico alternativo (214). En general, todos los adultos tienen derecho a rechazar cualquier tratamiento, incluso si éste puede salvarles la vida. Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial deberían disfrutar de este derecho en igualdad de condiciones con las demás (215).

La legislación puede garantizar que en los servicios de salud mental se respete, proteja y cumpla el derecho a consentir el tratamiento, incluso en situaciones difíciles; por ejemplo, cuando una persona atraviesa una crisis o un malestar emocional intenso, todo el apoyo y el tratamiento deberían proporcionarse voluntariamente (véase la [sección 2.3.3](#)). La legislación puede establecer que todas las personas que utilizan los servicios de salud mental tengan derecho al consentimiento libre e informado, y que no se administrará ningún tratamiento de salud mental sin dicho consentimiento.

Además, la legislación puede garantizar que las personas que utilizan los servicios de salud mental tengan acceso a la información y el apoyo necesarios para comprender y considerar el tratamiento y las opciones no médicas, incluidos los posibles beneficios y efectos secundarios, para tomar una decisión con pleno conocimiento de causa (véanse las [secciones 2.1.5](#) y [2.2.3](#)). Por ejemplo, algunas personas pueden necesitar ciertas adaptaciones, como información en formatos accesibles, o el apoyo de una persona de su confianza, antes de dar su consentimiento.

La legislación puede exigir que se informe a las personas de la existencia de opciones no médicas a su disposición (por ejemplo, apoyo entre pares, terapias basadas en la meditación, estrategias de nutrición), al igual que se aborden las posibles circunstancias subyacentes del malestar emocional (por ejemplo, mediante asistencia jurídica, servicios sociales, programas de vivienda). Del mismo modo, las personas que utilizan los servicios de salud mental deberían ser informadas de la posibilidad de nombrar a una persona de apoyo para que tome decisiones sobre su salud y tratamiento médico. Toda persona debería tener la oportunidad y el apoyo necesarios para redactar directrices anticipadas con el fin de prever futuras necesidades de apoyo y expresar por adelantado sus preferencias (véase la [sección 2.3.2](#)).

Los niños, niñas y adolescentes también tienen derecho a consentir o rechazar el tratamiento, incluido el ingreso en servicios de hospitalización de salud mental, expresado por ellos mismos y no por un tercero, de acuerdo con su edad y madurez. La legislación puede garantizar que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad tengan derecho a consentir o rechazar el tratamiento en igualdad de condiciones con los demás y tengan acceso al apoyo adecuado para hacer efectivo ese derecho (véase la [sección 2.3.5](#)). Siempre debería obtenerse el consentimiento de los adolescentes para recibir atención y apoyo en



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- El consentimiento libre e informado es necesario antes de cualquier intervención o tratamiento de salud mental. El consentimiento libre e informado no puede ser sustituido por un tercero.
- La prestación de los servicios de salud mental, incluidos los ambulatorios y hospitalarios, debe basarse en el consentimiento libre e informado de la persona afectada.
- La discusión sobre el consentimiento informado incluirá la naturaleza de la intervención y sus riesgos y beneficios previsibles; y los tratamientos disponibles, incluidas las opciones y alternativas no médicas, y sus riesgos y beneficios.
- La información será específica para el caso de la persona y se facilitará de manera accesible y culturalmente adecuada y que la persona pueda comprender.
- El consentimiento informado se dará sin amenazas, coerción, influencia indebida, engaño, fraude, manipulación o falsas garantías.
- Una persona tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento.
- Los servicios de salud mental informarán a la persona implicada su derecho a denegar o retirar su consentimiento en cualquier momento.
- Los servicios de salud mental proporcionarán a la persona usuaria del servicio información sobre las directrices anticipadas y acceso a apoyo para desarrollarlas o modificarlas.
- Se facilitará el acceso a la toma de decisiones con apoyo para tomar decisiones sobre la salud y el tratamiento médico de la persona.

materia de salud mental, independientemente de que exista o no el consentimiento de los padres o tutores (212).

Urgencias médicas

Como norma general en la atención sanitaria, no se puede realizar ningún tratamiento o procedimiento médico sin el consentimiento informado de la persona. Sólo en circunstancias excepcionales los profesionales sanitarios pueden dispensar un tratamiento sin consentimiento, por ejemplo, durante una urgencia cuando se necesita atención médica inmediata para salvar la vida de una persona o evitar daños graves a su integridad y ésta está inconsciente o es incapaz de comunicar su voluntad. Esto se basa en el supuesto de que las personas no querrían que se les negara la atención médica necesaria en tales circunstancias. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la mayoría de las personas en situaciones de emergencia, incluidas las que han sufrido lesiones traumáticas, no necesitan una intervención inmediata para evitar la muerte o un daño grave y tienen capacidad para dar su consentimiento (216).

Esta excepción de emergencia se aplica habitualmente de forma discriminatoria en el contexto de la salud mental con personas que experimentan un malestar emocional intenso o percepciones inusuales, bien porque no se reconoce que las personas tengan capacidad para dar su consentimiento informado, bien porque sus sentimientos, pensamientos y comportamientos se tratan inmediatamente como emergencias médicas potencialmente mortales. La legislación sobre emergencias médicas no debería discriminar a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial estableciendo normas diferentes.

Prescripción de psicofármacos

Los países deberían adoptar una norma más estricta para el consentimiento libre e informado a los psicofármacos, dados sus riesgos potenciales de daño a corto y largo plazo (217, 218). Los países, por ejemplo, pueden exigir el consentimiento informado por escrito o documentado (por ejemplo, expresado mediante una grabación en formatos de vídeo o audio) tras proporcionar información detallada sobre los posibles efectos negativos y positivos, y la disponibilidad de tratamientos alternativos y opciones no médicas.

La legislación puede exigir que el personal médico informe a los usuarios de los servicios sobre su derecho a interrumpir el tratamiento y a recibir apoyo para ello. Debería prestarse apoyo para ayudar a las personas a abandonar el tratamiento farmacológico de forma segura.

La prescripción de psicofármacos y su seguimiento requieren una cuidadosa evaluación y supervisión de la salud física.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- La prescripción de psicofármacos está regulada por las normas técnicas y éticas que rigen la actividad médica y requiere el consentimiento libre e informado.
- La prescripción de psicofármacos se realizará en el marco de enfoques interdisciplinarios.
- Los profesionales médicos tienen la obligación de informar a las personas que utilizan los servicios de salud mental de los posibles riesgos, daños y efectos secundarios a corto, medio y largo plazo asociados al uso de los psicofármacos propuestos, así como del derecho a iniciar un proceso de interrupción y a recibir apoyo para hacerlo de forma segura.
- Los psicofármacos deberían prescribirse sólo como respuesta a las necesidades fundamentales de la persona; deben administrarse exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo o por conveniencia de terceros, o para satisfacer la necesidad de apoyo terapéutico o atención especializada.
- La indicación y renovación de la prescripción de psicofármacos sólo puede realizarse en base a las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática.
- El médico no administrará psicofármacos en dosis que, teniendo en cuenta las normas profesionales, sean excesivas o inadecuadas.
- El médico garantizará la vigilancia de los efectos negativos y establecerá medidas para garantizar la seguridad, incluida la suspensión de los medicamentos.
- Los servicios de salud mental deben prever un registro de reacciones adversas a los medicamentos con un procedimiento de notificación claramente definido y un proceso bien documentado para tratar los resultados adversos.
- La autoridad sanitaria informará periódicamente de la disponibilidad de programas de interrupción de psicofármacos.

Otras garantías específicas

Los países pueden decidir promulgar leyes para proteger a las personas contra los abusos en el uso de intervenciones específicas de salud mental, como la terapia electroconvulsiva (TEC), las psicocirugías y otras intervenciones irreversibles.

El uso de la TEC y sus riesgos asociados suscitan una gran controversia (219), y se ha pedido su prohibición total (219, 220). Su uso ha disminuido drásticamente en muchos países (221), y en Luxemburgo y Eslovenia, por ejemplo, no está disponible (222).

Si está permitida, la TEC sólo debe administrarse con el consentimiento escrito o documentado, libre e informado de la persona afectada. Las normas internacionales de derechos humanos aclaran que la TEC sin consentimiento viola el derecho a la integridad física y mental y puede constituir tortura y malos tratos (104). Las personas a las que se ofrece la TEC también deberían ser conscientes de todos sus riesgos y posibles efectos nocivos a corto y largo plazo, como la pérdida de memoria y el daño cerebral (223, 224).

Además, sólo debería administrarse de forma modificada, es decir, con anestesia y relajantes musculares. La TEC no está recomendada en niños y niñas, y debería prohibirse por ley.

La psicocirugía es otro procedimiento controvertido en la historia de la atención de la salud mental. Aunque la “lobotomía” o “leucotomía”, una forma de psicocirugía, ya no se practica, este procedimiento se llevó a cabo en más de cien mil personas en todo el mundo a mediados del siglo XX, causando daños cerebrales graves e irreparables y, para muchos, la muerte (225). Hoy en día, se sigue practicando la psicocirugía –aunque muy raramente y no sin controversia– para el tratamiento de casos que no responden a medicamentos o terapias. Muchas jurisdicciones prohíben totalmente ciertas formas de psicocirugía o su uso en determinadas poblaciones (por ejemplo, niños, niñas y personas presas) (226).

Debería prohibirse la realización de este tipo de intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos irreversibles de salud mental sin el consentimiento libre e informado. La legislación podría proporcionar un nivel adicional de protección a las personas que dan su consentimiento, haciendo obligatorio que un órgano de revisión independiente, o una salvaguarda similar, autorice el tratamiento. El órgano de revisión podría entrevistar al/a la candidato/a, revisar su historial médico y comprobar que su consentimiento escrito o documentado a la intervención quirúrgica se dio libremente y tras recibir información completa y detallada sobre los riesgos, posibles complicaciones, efectos nocivos y efectos secundarios.

Sin embargo, dada la naturaleza irreversible de la psicocirugía y la falta de pruebas claras de su seguridad y eficacia, los países deben plantearse prohibirla por completo, independientemente de la técnica o la población destinataria.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Cualquier procedimiento médico o quirúrgico importante requiere el consentimiento previo, escrito o documentado, libre e informado de la persona. Se facilitará el acceso a la toma de decisiones con apoyo.
- Los profesionales médicos informarán a la persona que utilice los servicios de salud mental de los posibles beneficios, riesgos de daños y efectos secundarios asociados a cualquier procedimiento médico o quirúrgico importante.
- Cuando se siga practicando la terapia electroconvulsiva, queda prohibida su administración sin el consentimiento previo, escrito o documentado, libre e informado de la persona. Sólo se administrará de forma modificada, es decir, con el uso de anestesia y relajantes musculares, y no se aplicará a niños, niñas o adolescentes.
- Una persona no debe administrar o realizar lo siguiente a) terapia de sueño profundo; b) insulino-terapia; c) psicocirugía; y d) cualquier otra operación o tratamiento prohibido por la normativa.
- Cuando se siga practicando la psicocirugía, además del consentimiento previo por escrito, libre e informado de la persona, se requiere la aprobación previa del Comité Ético Nacional o de cualquier otra autoridad equivalente.

Investigación y experimentación médicas

El artículo 7 del PIDCP prohíbe la investigación clínica y experimental sin consentimiento libre e informado (227). El artículo 4.2 prescribe explícitamente que la disposición es inderogable y nunca puede limitarse, ni siquiera en condiciones de emergencia nacional. El contenido de este artículo también se reafirma en el artículo 15 de la CDPD. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también ha subrayado que la ausencia de tratamientos y experimentos médicos no consentidos forma parte del contenido del derecho a la salud (228).

La legislación debería prohibir la investigación médica y científica, incluidos todos los estudios de investigación y experimentos científicos en el ámbito de la salud mental (por ejemplo, ensayos de fármacos y ensayos clínicos), sin consentimiento informado.

También debería prohibirse la exclusión de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial de la investigación, antes de que puedan dar su consentimiento libre e informado, basándose en la falta de “capacidad mental”. El consentimiento informado obtenido mediante la toma de decisiones con apoyo (véase la [sección 2.2.4](#)) deberá estar sujeto a las salvaguardias adecuadas para garantizar el respeto de los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento escrito o documentado, libre e informado.
- El consentimiento libre e informado para la experimentación médica o científica otorgado mediante la toma de decisiones con apoyo estará sujeto a las salvaguardias adecuadas para garantizar el respeto de los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona.
- Se prohíbe la discriminación por problemas de salud mental o discapacidad psicosocial en la investigación médica y científica.

2.3.2 Planificación anticipada

Los planes anticipados se denominan a veces “directrices anticipadas” o “testamentos vitales”; se utilizan para tomar decisiones en distintos ámbitos, desde la atención sanitaria hasta la atención social, pasando por el final de la vida. La planificación anticipada es una forma de toma de decisiones con apoyo que permite a las personas expresar su voluntad y sus preferencias antes de que sean necesarias, y en un momento en que están en condiciones de comunicarlas ([recuadro 6](#)).

En el contexto de la atención de la salud mental, la planificación anticipada puede ayudar a las personas a declarar sus preferencias de tratamiento o a designar a una persona de apoyo o a un apoderado para que exprese o tome decisiones en su nombre en caso de que no puedan hacerlo. Las instrucciones anticipadas

pueden incluir una descripción del apoyo deseado, las opciones de recuperación, los tratamientos y el lugar de atención o descanso, incluida la opción de recibir apoyo en el propio domicilio de la persona. Las personas también pueden especificar instrucciones relacionadas con cuestiones prácticas de la vida (cuidado de los hijos, pago de facturas, etc.), así como el rechazo de determinadas opciones de apoyo, atención o tratamiento.

La legislación puede hacer que las opciones de planificación anticipada estén ampliamente disponibles y garantizar que los servicios tengan acceso inmediato a ellas para que las directrices anticipadas puedan aplicarse y seguirse. Los países pueden elegir diferentes formas y requisitos para la creación de directrices anticipadas, desde un formulario único hasta un procedimiento notarial. Las personas deberían poder anular, añadir o modificar un documento de directrices anticipadas en cualquier momento, incluida una persona previamente designada. La legislación puede garantizar que las directrices anticipadas se actualicen periódicamente, para que representen mejor las circunstancias actuales de la persona.

Recuadro 6

Directrices anticipadas auto vinculantes

Al abordar la cuestión sobre cómo resolver las posibles contradicciones entre la voluntad en el momento de dar instrucciones anticipadas y la voluntad en el momento de la crisis, algunas jurisdicciones permiten a las personas insertar cláusulas auto vinculantes que autorizan a los servicios de salud mental a actuar por encima de sus objeciones a una instrucción predeterminada durante una crisis. En el contexto jurídico, suelen denominarse cláusulas o contratos “Ulises” (230). Una persona puede revocar una cláusula “Ulises”, pero sólo mediante un procedimiento que puede ser difícil de realizar durante una crisis.

Algunos argumentan que estas directrices auto vinculantes permitirían a las personas con experiencia en crisis episódicas prever mejor algunos de los problemas potenciales en la aplicación de sus directrices anticipadas, y evitar cualquier consecuencia no deseada (230, 231). Otros consideran que su legalización supone un riesgo para todas las personas que utilizan los servicios de salud mental, ya que podrían sentirse presionadas para establecer este tipo de cláusulas, lo que llevaría a una legitimación de la coerción.

Las directrices anticipadas auto vinculantes siguen siendo un área del derecho que requiere más investigación, práctica e involucramiento con las personas con experiencia vivida para comprender todas las implicaciones en materia de derechos humanos.

En la mayoría de las jurisdicciones, la planificación anticipada sólo entra en vigor cuando se determina que la persona “carece de capacidad de decisión”. Sin embargo, en consonancia con la CDPD, el uso de la planificación anticipada no debería entenderse como una limitación de la capacidad jurídica de una persona. Para ello, la legislación puede establecer que la persona interesada decida el momento en que un documento de planificación anticipada entra en vigor y deja de surtir efecto. La finalidad del documento de directrices anticipadas no es sustituir la voluntad y las preferencias de la persona. Si la persona se niega a seguir el documento de voluntades anticipadas, o elige una opción diferente mientras el documento de directrices anticipadas está en vigor, debe darse prioridad a la voluntad y las preferencias de la persona expresadas en ese momento.

En muchos países, los profesionales sanitarios no están obligados a cumplir una decisión anticipada en determinadas circunstancias, incluidas las situaciones de crisis; esto socava su finalidad y su impacto (véase la [sección 2.3.3](#)). La legislación puede garantizar que los documentos de planificación anticipada sean vinculantes. Por ejemplo, en Alemania, los testamentos vitales son vinculantes y permiten a las personas rechazar o limitar tratamientos específicos por adelantado, incluida la hospitalización. En caso de ambigüedad, debe establecerse la voluntad de la persona basándose en sus declaraciones previas, creencias y valores personales (229). La legislación sólo debería permitir que no se sigan las decisiones anticipadas cuando haya indicios claros de influencia indebida o coerción (por ejemplo, que el documento de voluntades anticipadas se haya realizado bajo coerción o influencia indebida), o total inviabilidad de la decisión anticipada (por ejemplo, que la intervención propuesta no sea factible).

A la hora de aplicar las directrices anticipadas, es importante garantizar un cambio de paradigma de acuerdo con la CDPD, de modo que el objetivo principal sea respetar la voluntad y las preferencias de la persona, y alejarse de la toma de decisiones sustitutiva.





Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Toda persona mayor de edad tendrá derecho a formular directrices anticipadas en relación con intervenciones sanitarias en las que se especifique alguno o todos los extremos siguientes: i) el modo en que la persona desea ser apoyada y tratada; ii) el modo en que la persona desea no ser apoyada ni tratada; iii) la persona o personas, por orden de precedencia, que desea designar como su representante o persona de apoyo para que tome o comunique decisiones en su nombre. El documento indicará el momento o las circunstancias en que entran en vigor las directrices anticipadas.
- Una persona puede elaborar un documento de directrices anticipadas independientemente de su diagnóstico o tratamiento de salud mental en el pasado.
- Las directrices anticipadas pueden expresarse en documentos escritos, en un vídeo grabado o en formato de audio.
- Una persona conserva el derecho a tomar decisiones sobre su atención sanitaria directamente después de redactar el documento de directivas anticipadas.
- Un documento de directrices anticipadas puede ser modificado o revocado en cualquier momento por la persona interesada.
- Cualquier nueva decisión relacionada con la atención y el tratamiento de salud mental anulará cualquier voluntad anticipada previamente escrita o documentada.
- El documento de directrices anticipadas será vinculante para todos los proveedores de servicios médicos que apliquen procedimientos médicos.
- Los servicios de salud mental tienen el deber de informar a las personas que utilizan los servicios su derecho a hacer un documento de directrices anticipadas, proporcionar información relacionada con él y garantizar el acceso a apoyo para su elaboración.
- La autoridad sanitaria pondrá en marcha un registro central en el que se almacenen las directrices anticipadas para su rápido acceso por parte de los proveedores de atención sanitaria, la persona interesada y sus representantes designados.
- Los profesionales de la salud mental que se adhieran a las directrices anticipadas y respeten la voluntad y las preferencias de las personas usuarias de los servicios no serán legalmente responsables de los resultados insatisfactorios que puedan producirse, y quedarán exentos de cualquier consecuencia imprevista derivada de la adhesión a las directrices anticipadas.

2.3.3 Apoyo en momentos de crisis

La legislación puede establecer la obligación de prestar apoyo a las personas que atraviesan una situación o momento de crisis. Una crisis, a menudo denominada “crisis de salud mental”⁸, es una situación de malestar emocional agudo. Puede incluir situaciones en las que una persona se siente extremadamente ansiosa, preocupada o agitada, experimenta pensamientos suicidas o tiene emociones o pensamientos intensos que perturban la vida cotidiana. Estos sentimientos y pensamientos pueden derivarse de muchas circunstancias, como pérdidas, conflictos, traumas, estrés, violencia, abuso de sustancias y otras. La experiencia de crisis dependerá de la situación personal; por ejemplo, para algunas personas, oír voces o tener visiones pueden ser experiencias comunes que forman parte de su diversidad o tienen un significado personal o cultural y, por lo tanto, no son angustiosas; para otras, las experiencias pueden ser difíciles de afrontar.

La mayoría de las intervenciones durante un momento de crisis tienen lugar en servicios de urgencias u hospitales psiquiátricos, lo que a menudo sirve para agravar la situación (232, 233). Tradicionalmente, las intervenciones en momentos de crisis se tratan en el marco de las leyes de salud mental o las leyes generales de salud, y contienen disposiciones sobre hospitalización involuntaria o urgencias psiquiátricas. Estos procedimientos son intrínsecamente coercitivos o asumen que no hay alternativas al uso de la coerción. Se ofrecen pocas oportunidades que ayuden a crear confianza y conexiones y, en última instancia, a aceptar la crisis como una oportunidad para aprender y crecer.

La legislación puede establecer un marco de apoyo en momentos de crisis para transformar estas prácticas y eliminar el uso de la coerción. La ley puede prever la puesta en marcha de servicios comunitarios de apoyo en momentos de crisis, líneas directas y servicios de respiro, que pueden ofrecer apoyo y asesoramiento a las personas que viven dicha situación, 24 horas al día, siete días a la semana, ayudando a atenuar los conflictos y minimizar la necesidad de hospitalización. El objetivo de estos servicios debería ser evitar la intervención de las fuerzas del orden en momentos de crisis. Las *Orientaciones de la OMS sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos* muestran una selección de servicios frente a momentos de crisis que proporcionan atención y apoyo eficaces a las personas con malestar psíquico agudo. Dichos servicios respetan la capacidad jurídica y otros derechos humanos sin recurrir al uso de la fuerza o la coerción (33).

La ley puede regular la composición y las funciones de los servicios de apoyo en situaciones de crisis. La legislación puede establecer principios básicos y directrices para la intervención en momentos de crisis aplicables a cualquier proveedor de servicios, como el respeto de la capacidad jurídica, la reducción de conflictos, la comunicación abierta y sin prejuicios, la flexibilidad, la continuidad del apoyo, la participación de los pares, la reducción de daños, el alojamiento temporal de respiro y las respuestas prácticas a las necesidades básicas (234, 235). Respetar la capacidad jurídica de una persona no debería implicar desatender a una persona en momentos de crisis; por el contrario, los servicios de salud mental deberían conectar con las personas y ofrecer apoyo activamente en tales situaciones.

⁸ Algunos defensores de las personas con discapacidad psicosocial evitan el término “crisis de salud mental” para no abordar las crisis desde un punto de vista médico. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad utiliza los términos “crisis individual” y “situación de crisis”. Véase: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Observación general núm. 1 (2014) art. 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, párrs. 18 y 42 (<https://digitallibrary.un.org/record/779679>); y Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia, CDPD/C/5,10 de octubre de 2022, párr. 10 (<https://digitallibrary.un.org/record/3990185?ln=en>).

Teniendo en cuenta los daños físicos, psicológicos y emocionales que los sistemas de salud mental han causado y siguen causando a las personas que utilizan los servicios, es importante garantizar opciones no médicas de apoyo en momentos de crisis. Fuera del sistema de atención sanitaria, la oferta de apoyo relacionado con el malestar emocional o percepciones inusuales, incluido el apoyo en momentos de crisis, debería estar disponible como servicios primarios en la propia comunidad del individuo (véase la [sección 2.5.3](#)) (12).

Además, la literatura sobre la intervención en momentos de crisis indica que proporcionar apoyo individual no medicalizado tiene un valor significativo para las personas que utilizan los servicios (233, 236). Por lo tanto, la ley puede exigir la disponibilidad de servicios de apoyo no médico en momentos de crisis, por ejemplo, apoyando la financiación de servicios de crisis dirigidos por pares, gestionados y dotados de personal con experiencia propia. Los servicios de salud mental deberían informar y poner en contacto a las personas con estas opciones de apoyo.

La legislación puede establecer una formación obligatoria para todos los primeros intervinientes, como bomberos, personal sanitario de urgencias, trabajadores comunitarios o trabajadores de crisis, que suelen ser el primer punto de contacto que presta asistencia en el lugar de una emergencia o situación de crisis ([recuadro 7](#)). El seguimiento, los informes de evaluación y las estadísticas son importantes para los servicios de crisis.

Recuadro 7

Qué puede incluir la formación obligatoria

- Respeto de la capacidad jurídica
- El enfoque de la intervención ante la crisis basado en los derechos humanos
- Estrategias de coerción cero
- Técnicas de desescalada y comunicación
- Enfoques basados en el trauma
- Prejuicios inconscientes
- Derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial
- Enfoques interseccionales y a lo largo de la vida.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Se pondrán a disposición y se financiarán adecuadamente servicios comunitarios de apoyo a las personas en momentos de crisis.
- Se fomentará y financiará adecuadamente la creación de servicios de apoyo en momentos de crisis gestionados por pares, así como la participación de estas personas en los servicios estatales.
- Los servicios y equipos de apoyo en momentos de crisis estarán disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año.
- Toda persona experimentando una crisis deberá tener acceso inmediato a los servicios de apoyo por teléfono, o comunicación electrónica o presencial, independientemente de su capacidad para pagarlos.
- Los servicios de apoyo para dichas situaciones incluirán líneas directas de crisis, equipos móviles de crisis, asistencia para la desescalada, instalaciones de respiro y camas de breve estancia.
- Los servicios de apoyo en momentos de crisis no harán uso de la fuerza y actuarán con independencia de las respuestas de las fuerzas del orden.
- El personal de apoyo en situaciones de crisis, los primeros intervinientes, los proveedores de atención sanitaria y otros actores relevantes deben respetar la voluntad y las preferencias de la persona en todo momento, incluso en momentos de crisis.
- Las autoridades sanitarias y judiciales serán responsables de garantizar que los primeros intervinientes, los proveedores de atención sanitaria y otros actores relevantes, respeten los derechos humanos y no desatendan a las personas basándose en evaluaciones de riesgo.

2.3.4 Prohibición de hospitalización y tratamiento involuntarios

Para garantizar un cambio de paradigma completo que se aleje de la coerción en la atención de la salud mental, la legislación puede prohibir todas las medidas involuntarias y obligar a que todos los servicios, ambulatorios u hospitalarios, apliquen respuestas no coercitivas.

Existen pruebas de que los cambios legislativos pueden ayudar a prevenir la hospitalización involuntaria (92, 93, 237) y orientarlos hacia su abolición. Por ejemplo, en México, la Ley General de Salud, reformada en 2022 (164), establece que todo tratamiento y hospitalización en salud mental debe realizarse de manera voluntaria; se prohíben el aislamiento, la contención o cualquier práctica que constituya un trato cruel, inhumano o degradante. La ley no establece excepciones al consentimiento libre e informado en relación con la salud mental. Sólo hay una norma general para las urgencias médicas: cuando una persona no pueda dar su consentimiento para recibir tratamiento en un momento determinado por cualquier medio; o cuando no existan directrices anticipadas, y el estado de salud de la persona sea tal que si no se le administra tratamiento de inmediato su vida correrá un riesgo inminente, o se producirá un daño irreversible en su integridad física, el proveedor de servicios sanitarios procederá de inmediato a preservar la vida y la salud de esa persona. Además, la ley establece que no se puede considerar que una persona es incapaz de dar su consentimiento informado

a una elección de tratamiento si, por ejemplo, el servicio de salud mental, un profesional médico u otra persona (como un familiar), considera que la persona es incapaz de dar su consentimiento o no está de acuerdo con su elección. Esto significa que la hospitalización y el tratamiento involuntarios ya no están permitidos en México. Sin embargo, cabe señalar que, junto con la reforma legislativa, es necesario garantizar el compromiso político, las políticas adecuadas y los recursos humanos, financieros y técnicos, así como poner en marcha servicios y apoyo para lograr cambios reales sobre el terreno. Estas medidas desempeñan un papel fundamental para que las disposiciones legislativas pasen de ser conceptos jurídicos a realidades tangibles.

Para ser eficaz, la prohibición de la hospitalización y el tratamiento involuntario debería ir acompañada del desarrollo de servicios comunitarios de salud mental y centrados en la persona, con capacidad para ofrecer apoyo individualizado a quienes están en crisis o experimentan un malestar emocional intenso, así como abordar sistemáticamente los determinantes sociales de la salud mental para abordar las causas profundas.

Los servicios comunitarios, las voluntades anticipadas, la toma de decisiones con apoyo, el apoyo entre pares y el apoyo adecuado en momentos de crisis pueden proporcionar normalmente un marco integral para apoyar a las personas que experimentan una crisis. Sin embargo, puede haber casos excepcionales en los que una crisis se agrave y las respuestas no consigan crear un entorno seguro y de apoyo para todas las personas implicadas. En tales casos, se ha sugerido que puede estar justificada la autorización de alguna forma de coerción (238). Sin embargo, independientemente de estas circunstancias, los argumentos contra la coerción siguen siendo válidos: todas las prácticas coercitivas pueden impugnarse desde un punto de vista jurídico, ético y clínico (véase el [recuadro 2](#)). Además, hay pruebas de que incluso cuando las leyes pretenden regular los casos más excepcionales, el uso de la coerción se normaliza y sus índices no disminuyen (92).

En este contexto, los gobiernos pueden comprometerse por ley a aplicar una “política de coerción cero en la atención de la salud mental” que aborde los casos difíciles de forma individual. Este enfoque individual es especialmente importante en situaciones complejas ([recuadro 8](#)), como cuando una persona enfrenta una crisis aguda y un equipo de primeros auxilios capacitado puede prestarle apoyo en tiempo real y evitar que su vida corra peligro. Del mismo modo, mediante la reducción de la tensión y la resolución de conflictos, los servicios de intervención en crisis pueden ayudar a eliminar la necesidad de recurrir a las fuerzas del orden en situaciones en las que pueda existir una amenaza de violencia. Incluso cuando la desescalada fracasa y se produce una situación de violencia, los equipos de intervención en crisis pueden proporcionar protección contra la violencia interpersonal y apoyar a las fuerzas del orden para garantizar que a la persona se le ofrezcan las adaptaciones y el apoyo adecuados bajo custodia policial (239). Cualquier incumplimiento de esta política debería evaluarse y utilizarse como una oportunidad para mejorar la prestación de servicios y poner remedio a todo trato discriminatorio.

Para avanzar en la prohibición de la hospitalización y el tratamiento involuntarios, también es importante que los países revisen sus marcos jurídicos para derogar las órdenes de tratamiento comunitario. En muchos países, estas órdenes se han introducido como forma de reducir la necesidad de hospitalización. Las órdenes de tratamiento comunitario son órdenes legales que obligan a las personas que utilizan los servicios a continuar con la medicación y el tratamiento ambulatorio de salud mental (117). Sin embargo, hay pruebas abrumadoras que indican que estas órdenes son ineficaces, sin que se haya informado de una disminución de la hospitalización o de los beneficios para

las personas que utilizan los servicios de salud mental (117, 240, 241). Por el contrario, el uso de estas formas de coerción plantea problemas de derechos humanos y puede dar lugar a abusos importantes, como han documentado el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (242) y el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (99).

Aunque la ley puede desempeñar un papel fundamental para acabar con la coerción en la atención de la salud mental, la transformación del sistema, las actitudes de la comunidad y el acceso a mecanismos eficaces de reparación y rendición de cuentas son indispensables para garantizar servicios sin hacer uso de la coerción (véase la [sección 2.7.3](#)).



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Todas las intervenciones y los servicios de salud mental se prestarán sobre la base del consentimiento libre e informado de las personas.
- En ninguna situación se procederá al internamiento, hospitalización o tratamiento de salud mental contra la voluntad de la persona.
- Las personas que utilicen los servicios de salud mental en régimen de hospitalización no serán objeto de coerción en ningún momento.
- Los servicios de salud mental, incluidos los hospitales y los servicios de respiro, no utilizarán medidas disciplinarias, normas y rutinas estrictas, ni otras formas de coerción informal para lograr la conformidad de las personas usuarias de los servicios.
- La autoridad de salud mental elaborará y aplicará una política de coerción cero y proporcionará orientaciones sobre cómo prevenir y eliminar las prácticas coercitivas.
- Todo el personal que trabaje en los servicios de salud mental y los primeros intervinientes recibirán formación obligatoria en intervenciones no coercitivas.

Recuadro 8

Respuesta a situaciones de crisis desafiantes y complejas

Los casos muy inusuales o difíciles de resolver son poco adecuados para servir de base a normas generales. Las situaciones complejas y difíciles, a menudo denominadas “casos extremos”, dominan los debates en torno a la coerción para demostrar que no es posible un cambio total de paradigma. Estos ejemplos, utilizados habitualmente en debates jurídicos y clínicos, suelen incluir casos en los que una persona intenta suicidarse, se comporta de forma agresiva o violenta, o experimenta “psicosis”. La concepción tradicional de estos casos como “casos difíciles” no reconoce que suelen ser el resultado de los fallos de los sistemas de salud mental existentes, muchos de los cuales no han sido creados para responder adecuadamente al trauma, el malestar emocional y la crisis.

Los siguientes escenarios esbozan cómo la legislación puede ayudar a los servicios a responder a las necesidades de apoyo de las personas de forma respetuosa con sus derechos y su autonomía. Su propósito no es generalizar la práctica de la salud mental, que puede variar según los servicios, sino más bien destacar las opciones que pueden ofrecerse en algunas de las situaciones más difíciles.

1. Una persona en situación de crisis

Cuando una persona se encuentra en una situación de crisis grave y puede estar experimentando ideación suicida, la legislación puede considerar que corre un riesgo para sí misma y, por lo tanto, autorizar el uso de la coerción. Los primeros intervinientes, a menudo agentes de policía o bomberos, pueden intervenir para contener la situación. Esto podría incluir el uso de contención física o química. A continuación, la persona puede ser trasladada a un servicio de hospitalización, donde puede ser ingresada involuntariamente y permanecer durante muchos días, incluso semanas. Al principio de su estancia, la persona podría ser ingresada en una sala de aislamiento por razones de riesgo. También puede considerarse la administración involuntaria de medicación psicotrópica. La persona puede incluso tener que comparecer ante un juez para demostrar su capacidad de consentir o rechazar el tratamiento. Estas experiencias, aunque supuestamente benévolas, pueden tener un efecto profundamente traumático en la persona cuando lo que más necesita es apoyo y comprensión.

Con un enfoque basado en los derechos humanos, los primeros intervinientes tendrán prohibido recurrir a la coerción. En su lugar, los servicios de crisis tendrán el mandato de intervenir, ayudando a desescalar la situación y ofreciendo apoyo. Pueden proporcionar comunicación de apoyo y garantizar una conexión personal mediante la escucha activa y el apoyo práctico y sin prejuicios. Una vez resuelta la crisis inmediata, se pueden ofrecer a la persona diversas opciones de atención y apoyo, incluidas alternativas médicas y no médicas.

Recuadro 8

Respuesta a situaciones de crisis difíciles y complejas [cont.]

Las respuestas serán flexibles en función de las necesidades de la persona, y no habrá necesidad de judicialización. Podría ponerse en marcha un plan de apoyo que reúna a la persona y los recursos de la comunidad, incluidas las redes cercanas de la persona, para garantizar la continuidad de la atención. Dado que tener o carecer de “capacidad mental” es irrelevante para los servicios de apoyo en situaciones de crisis, no se abandonaría a ninguna persona abandonada a su suerte basándose en tales consideraciones. Además, este planteamiento no socava la confianza en los servicios, lo que hace más probable que la persona busque apoyo.

Las urgencias médicas asociadas a un intento de suicidio se tratarían como cualquier otra urgencia, tomando medidas inmediatas para preservar la vida y evitar males mayores si la persona no está en condiciones de comunicar su voluntad y sus preferencias (por ejemplo, la persona está inconsciente debido a una sobredosis o a una lesión) (235).

2. Una persona que amenaza con violencia o se comporta de forma agresiva o violenta

Debido a las asociaciones ampliamente extendidas entre los problemas de salud mental y la violencia por el público en general, a veces los comportamientos que se producen durante una crisis se consideran un riesgo para la seguridad física de los demás; por ejemplo, cuando una persona está agitada, levanta la voz, camina o da portazos. La agitación de la persona se considera a menudo un síntoma más que una reacción a una situación, como que se le quite el control, se le trate con condescendencia, no se le escuche o se le amenace con un internamiento forzoso.

En raras ocasiones, estos comportamientos pueden implicar el uso de amenazas y violencia contra personas o bienes. Para responder a esto, la legislación sobre salud mental suele establecer que las personas con un diagnóstico de salud mental consideradas en riesgo de dañar a otras, podrían ser ingresadas involuntariamente en un servicio de salud mental para pacientes hospitalizados. Los agentes del orden podrían intervenir, detener y llevar a la persona a dicho centro. Esto podría agravar aún más una situación de crisis que podría dar lugar a lesiones y muertes. Una vez hospitalizada, la persona podría estar sujeta o aislada durante varios días, incluso semanas. Podría considerarse la administración forzosa de psicofármacos, y podrían activarse salvaguardias legales para revisar la duración de la estancia. En algunas jurisdicciones, esto podría dar lugar a una orden de tratamiento comunitario. También es posible que la policía no lo considere un caso de “salud mental” y, en su lugar, canalice a la persona hacia el sistema de justicia penal.

Recuadro 8

Respuesta a situaciones de crisis difíciles y complejas [cont.]

Con un enfoque basado en los derechos, los servicios de crisis serán los primeros en intervenir para desescalar la situación y evitar más violencia, o serán llamados inmediatamente por los primeros intervinientes cuando esto no ocurra. Los equipos de crisis comunitarios experimentados se relacionarán con la persona para intentar establecer un diálogo eficaz y la resolución del conflicto. Estos equipos serán conscientes de que la agresión puede estar desencadenada por experiencias internas, interpersonales o externas, como la ansiedad, la frustración, el abandono, el miedo, las amenazas y las experiencias traumáticas. Esto incluye el miedo a internación en un servicio psiquiátrico. Por lo tanto, es crucial escuchar atentamente a la persona, entablar con ella un diálogo significativo y comprenderla, así como sus perspectivas. Los servicios de apoyo en situaciones de crisis pueden ayudar a prevenir nuevos actos de violencia facilitando la seguridad de las personas amenazadas por la situación de violencia y cortando el acceso a medios letales. Una vez resuelta la crisis inmediata, se pueden ofrecer a la persona diversas opciones de atención y apoyo, y garantizar la continuidad de la atención. Si la intervención tiene éxito, la persona no tendrá que recurrir al sistema de justicia penal.

3. Una persona que experimenta “psicosis”

“Psicosis” es un término médico genérico que incluye una serie de experiencias que pueden asociarse a diversos problemas de salud mental, neurológicos y médicos generales. Estas experiencias pueden incluir ver, oír, sentir o saborear cosas que otras personas no, o tener pensamientos o creencias inusuales. Dentro de la comunidad médica, cada vez se reconoce más el papel de los factores de estrés social y la experiencia de acontecimientos traumáticos durante la infancia en la aparición de estas experiencias, así como un mayor reconocimiento del estigma generalizado asociado a la “psicosis” (243). Las perspectivas varían; algunas personas con experiencia vivida aprecian un encuadre médico de estas experiencias, mientras que otras proponen, en cambio, interpretaciones no médicas que consideran las experiencias como válidas, humanas y significativas (244).

Se suele considerar que las personas con percepciones o creencias inusuales carecen de capacidad para tomar decisiones. Esto podría dar lugar a que se restrinja su capacidad jurídica y, de ser necesarias intervenciones médicas, y en base a la urgencia del caso, se puede recurrir a un juez, médico o familiar para que actúe como sustituto en la toma de decisiones, decidiendo en función del “interés superior” de la persona. Si la persona no está de acuerdo, podría autorizarse el uso de la fuerza, incluida la contención física y química. Además, dado el estigma generalizado asociado a las percepciones y creencias inusuales, a menudo se considera a las personas un “riesgo para sí mismas o para los demás”, y se las interna regularmente en un servicio psiquiátrico.

Recuadro 8

Respuesta a situaciones de crisis difíciles y complejas [cont.]

Si se adoptara un enfoque basado en los derechos humanos, las personas conservarían su capacidad jurídica y recibirían apoyo para expresar su voluntad y preferencias en todo momento, incluso en relación con las decisiones sanitarias. Oír voces, tener visiones o experimentar otras percepciones o creencias inusuales no se equipararía a estar viviendo un momento crisis y requerir apoyo inmediato. Se ofrecerían a las personas diversas opciones de atención y apoyo, incluidas alternativas médicas y no médicas, y tendrían la oportunidad de tomar decisiones por sí mismas, incluso mediante la toma de decisiones con apoyo. Los grupos de “escucha de voces” y otras opciones no médicas serían elegibles para recibir financiación pública, pero seguirían siendo independientes de los servicios oficiales.

Estos escenarios son el resultado de complejos factores interrelacionados, y las respuestas deben tener en cuenta las particularidades de cada situación. A veces no habrá una respuesta óptima. Sin embargo, los enfoques deberían cambiar para dar prioridad a los derechos de las personas en momentos de crisis. Aplicando un cambio de paradigma a estos casos difíciles, se pueden desarrollar las mejores prácticas para resolverlos. Las *Orientaciones de la OMS sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos* (2021) ofrecen ejemplos de servicios con buenas prácticas en todo el mundo y formulan recomendaciones para integrar esos servicios en los sistemas y servicios nacionales de atención sanitaria y social (33).

2.3.5 Eliminar el régimen de aislamiento y la contención

Existe un consenso cada vez mayor sobre la necesidad de eliminar todas las formas de aislamiento y contención en los servicios de salud mental. El aislamiento implica encerrar o confinar a una persona en un espacio o habitación, mientras que la contención implica varias acciones que controlan el movimiento físico o el comportamiento de una persona (por ejemplo, la restricción mecánica, física o química) (245). El aislamiento y la contención no sólo son contrarios al derecho internacional de los derechos humanos, sino que su uso es incompatible con un enfoque de recuperación, contrarresta la finalidad de la asistencia (246) y puede provocar daños físicos y psicológicos, incluso la muerte (107, 247, 248).

La legislación puede prohibir el uso del aislamiento y la contención en cualquier centro de atención sanitaria o social. Por ejemplo, India, Italia, México y Perú han prohibido su uso en sus sistemas de salud mental, y México prohíbe expresamente el uso de medidas de contención (164). Para reforzar este cambio, los países tendrán que desarrollar y reorganizar sus servicios de salud mental, ya que a menudo

es la falta de recursos, formación y toma de conciencia lo que conduce al uso de estas intervenciones. Podrían implantarse cambios en la cultura de los servicios, salas de confort, estrategias de desescalada y equipos de respuesta. Siempre hay alternativas al aislamiento y la contención (246).

La coerción también tiene lugar fuera de los hospitales, en los servicios comunitarios de salud mental, los centros residenciales, los hogares familiares y la comunidad en general. La práctica de encadenar a las personas que experimentan un malestar emocional intenso o percepciones inusuales se ha documentado en varios países (54). La coerción dentro de la comunidad, incluido el encadenamiento, debería estar prohibida por ley. Por ejemplo, en la India, la Ley de Salud Mental de 2017 prohíbe explícitamente que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial sean “encadenadas de cualquier manera o forma” (249). En Indonesia, la Ley de Salud Mental 18 de 2014 considera el encadenamiento un delito penal (250).

Debido a su prohibición, todos los episodios de contención química y física y de aislamiento deberían registrarse y ponerse a disposición del órgano de vigilancia independiente (véase la [sección 2.7.2](#)). Deberían promoverse las sesiones informativas sobre incidentes de contención y aislamiento, en colaboración con personas con experiencia vivida. Las disposiciones legales pueden apoyar la investigación de tales incidentes, incluyendo a todas las personas implicadas para que las autoridades puedan tomar medidas correctivas, incluida la provisión de reparación.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Está prohibido el uso de cualquier medida coercitiva en los servicios de salud. Esto incluye las intervenciones médicas y no médicas sin consentimiento libre e informado; el uso de salas de aislamiento y contención química y física; y las restricciones a la libre circulación.
- La autoridad sanitaria adoptará protocolos y orientaciones para prevenir y eliminar las prácticas coercitivas en todos los servicios sanitarios, incluidas las técnicas de desescalada y el desarrollo de salas de bienestar y entornos tranquilizadores en los servicios de urgencias, hospitales generales y otros lugares de cuidados intensivos. Los servicios sanitarios impartirán formación para prevenir y eliminar estas prácticas.
- Los servicios sanitarios establecerán un procedimiento para controlar que no se utilicen medidas de aislamiento y contención. Las estadísticas y los informes serán accesibles a las autoridades y al público.
- Se prohíbe el uso de grilletes o esposas, cadenas, el régimen de aislamiento y la contención y cualquier otra forma de violencia y abuso contra una persona con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en la comunidad. Las autoridades locales impartirán formación de sensibilización y fomentarán la colaboración con organizaciones y líderes comunitarios para erradicar estas prácticas.
- Se establecerán mecanismos adecuados para recibir e investigar las denuncias relativas a malos tratos infligidos a una persona con discapacidad psicosocial en la comunidad, y proporcionar una reparación eficaz.

2.3.6 Rediseño del proceso de atención

Acabar con todas las formas de coerción en los servicios de salud mental exige replantearse los procesos de admisión y tratamiento. Tradicionalmente, los procesos de atención de la salud mental se han diseñado empezando por el ingreso hospitalario, que es voluntario o involuntario. De ahí que el énfasis se haya centrado en si se cumplen las condiciones para el internamiento voluntario o involuntario, como el diagnóstico, la determinación de la “capacidad mental” o el “riesgo para sí mismo/a o para los demás”, y la disponibilidad de “alternativas menos restrictivas”. Sin embargo, si los servicios adoptan un enfoque comunitario y centrado en la persona que respete la capacidad jurídica y facilite intervenciones de apoyo y no coercitivas, será necesario prever diferentes vías de admisión y tratamiento.

La voluntad y las preferencias de la persona deberían guiar la prestación de atención y apoyo en salud mental. Por tanto, el punto de partida de un nuevo proceso de atención de la salud mental basado en los derechos sería la solicitud de la persona afectada, en reconocimiento de su derecho a tomar decisiones sobre la atención sanitaria. En una situación de crisis, la solicitud de intervención puede proceder de cualquier persona de la comunidad, pero los servicios de apoyo en situaciones de crisis se acercarán y ofrecerán apoyo partiendo de la premisa de la plena capacidad jurídica de la persona afectada y respetándola. Nadie debería ser ingresado o tratado a la fuerza por los servicios de salud mental en contra de su voluntad. La toma de decisiones con apoyo debería estar disponible, y debería recurrirse a personas de apoyo y de confianza si la persona lo desea.

Además, las “evaluaciones de la capacidad mental” y de los “riesgos” deberían sustituirse por una evaluación de las necesidades de apoyo. El objetivo de esta evaluación debería ser averiguar qué quiere la persona, con qué apoyo cuenta ya (por ejemplo, si existe un documento de voluntades o directivas anticipadas o una persona de apoyo designada para estos casos) y el apoyo psicosocial y práctico que la persona puede necesitar en esa situación concreta. También debería tenerse en cuenta la evaluación de las necesidades sociales. En función de la situación, podría llevarla a cabo el equipo de salud mental o de apoyo en situaciones de crisis.

Sobre la base de la evaluación de las necesidades de apoyo, los servicios de salud mental deberían ofrecer a las personas usuarias una serie de opciones de apoyo y tratamiento, como servicios de crisis, centros comunitarios, apoyo entre pares, servicios hospitalarios o una combinación de ambos. Los servicios de salud mental también pueden facilitar información y ofrecer derivaciones a servicios pertinentes ajenos al sector sanitario, incluidos los servicios sociales.

2.3.7 Despenalización del suicidio

La prevención del suicidio es una prioridad internacional. En todo el mundo, más de 700 000 personas pierden la vida por suicidio cada año (251). La meta 3.4 del ODS3 pretende reducir en un tercio la tasa mundial de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2030 y promover la salud y el bienestar mentales. Su indicador conexo 3.4.2 mide específicamente los progresos realizados para reducir las tasas de suicidio. Como parte de estos esfuerzos, la OMS ha desarrollado el enfoque “Vivir la vida” para la prevención del suicidio, que da prioridad a cuatro intervenciones: i) limitar el acceso a los medios para suicidarse; ii) interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio; iii) fomentar las habilidades sociales y emocionales para la vida en los adolescentes; y iv) la intervención temprana para cualquier persona afectada por comportamientos

suicidas (251). Es importante que todas las medidas de prevención del suicidio adopten un enfoque basado en los derechos que aborde las formas estructurales de opresión y otros determinantes sociales (252, 253).

La legislación que penaliza el suicidio o los intentos de suicidio no sólo es contraria a los derechos humanos, sino que también obstaculiza la aplicación de estrategias e intervenciones de prevención del suicidio. Aunque la mayoría de los países han despenalizado el suicidio, en muchos sigue siendo ilegal, con penas que van desde multas a penas de prisión (254, 255). La despenalización del intento de suicidio –introducida en varios países en los últimos años, entre ellos la India (2017), Singapur (2019), las Islas Caimán (2020), Guyana (2022), Pakistán (2022) y Ghana (2023)– puede ayudar a reducir el estigma, garantizar un apoyo adecuado y facilitar una recopilación más precisa de estadísticas relacionadas con el suicidio para dar respuesta política mejor fundamentadas.

No hay pruebas de que la despenalización aumente los suicidios; más bien, las tasas tienden a disminuir en los países tras la despenalización (254). Además, la penalización se asocia con tasas de suicidio más elevadas en las mujeres (256).

Como ocurre con otros aspectos de la reforma legislativa, avanzar en la despenalización requiere una importante cooperación entre parlamentarios, responsables políticos, sistemas de salud, sistemas de justicia penal, organizaciones de la sociedad civil y personas con experiencia vivida.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- No se condenará penalmente el intento de suicidio.
- Los sistemas de salud mental planificarán, diseñarán y aplicarán programas de prevención del suicidio basados en los derechos con la participación activa de las personas con experiencia vivida.

2.4 Acceso a servicios de salud mental de calidad

Dado que la salud mental es parte integrante de la salud, el derecho a la salud mental es igualmente parte integrante del derecho a la salud, como reconoce el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12) (124). La legislación puede mejorar el disfrute del derecho a la salud mental aumentando la disponibilidad de servicios; mejorando la accesibilidad geográfica, física y financiera a los servicios, incluido el acceso a la información; proporcionando servicios que sean aceptables, respeten la ética médica, tengan en cuenta las cuestiones de género, sean culturalmente apropiados y tengan una calidad adecuada.

En esta sección se proponen disposiciones que abordan estas cuestiones, con vistas a eliminar los obstáculos al acceso a servicios y apoyo a la salud mental de calidad. La mayoría de estas disposiciones pueden integrarse en las leyes generales de salud y en cualquier legislación autónoma existente sobre salud mental, como parte de esfuerzos más amplios para salvar las distancias entre la salud general y la salud mental.

2.4.1 Paridad entre salud física y mental

Los países pueden promover un acceso asequible y equitativo a la atención de la salud mental reafirmando que la salud mental es tan esencial como la salud física.

A nivel nacional, la legislación puede reconocer el derecho a la salud mental como exigible. Esto podría lograrse reconociendo la salud mental como un componente del derecho a la salud o reconociendo explícitamente el derecho de una persona a la salud mental. Este derecho podría entonces invocarse ante los tribunales nacionales, lo que sería especialmente pertinente en los ordenamientos jurídicos en los que el derecho internacional no es de aplicación automática. Además, el reconocimiento de un derecho a la salud mental puede facilitar una mejor protección de sus elementos esenciales (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instalaciones, los bienes y los servicios), así como el desarrollo y la aplicación de políticas y normativas destinadas a garantizar el acceso a servicios y enfoques de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos.

La legislación también puede equiparar la salud mental a la salud física como forma de garantizar la igualdad de acceso a los servicios de salud mental y la igualdad de esfuerzos para mejorar la calidad de la atención. También puede estipular que la calidad y los estándares de la atención y el apoyo a la salud mental deberían ser, como mínimo, equivalentes a los proporcionados por otros tipos de tratamientos médicos. Por ejemplo, la Ley de Salud y Asistencia Social del Reino Unido de 2012 creó la obligación de ofrecer “paridad de estima” entre la salud física y la mental, lo que contribuyó a garantizar que los futuros compromisos y medidas en favor de la salud mental se valoraran por igual y en los mismos términos que la salud física (257).

También podría exigirse a los seguros médicos que aplicaran principios de financiación equitativa para la salud mental y la salud física. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América, las leyes estatales y federales han intentado abordar las prácticas discriminatorias en los seguros médicos mediante la creación de requisitos en torno a la paridad. En 2008, el Congreso aprobó la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones (MHPAEA, por sus siglas en inglés), que exige normas integrales para la cobertura equitativa de la atención de la salud mental y la cobertura del tratamiento médico/quirúrgico.

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010 (PPACA, Ley Pública 111-148) amplió aún más el alcance de las leyes de paridad al exigir que la mayoría de los planes de salud cubran la atención de la salud mental y ampliar el alcance de la MHPAEA (258).

Reconocer un derecho inequívoco a la salud mental y valorar la salud mental en pie de igualdad con la salud física pueden ser un paso adelante en la creación de consenso para dar prioridad a la salud mental y garantizar que las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el derecho a la salud mental se tomen en serio.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación.
- Toda persona tiene derecho a que la atención y el apoyo en salud mental estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad.
- Las intervenciones, los servicios y el apoyo en materia de salud mental garantizarán mecanismos de participación y rendición de cuentas, y abordarán los determinantes estructurales, sociales y económicos de la salud mental.
- Los sistemas de salud mental garantizarán la igualdad de acceso a una atención sanitaria mental adecuada de forma equivalente a otros aspectos de la atención sanitaria como parte de un sistema de atención integrado y holístico.
- Los servicios de salud mental se prestarán en igualdad de condiciones con otros servicios de atención sanitaria y garantizarán, como mínimo, niveles equivalentes de atención.
- La autoridad sanitaria informará anualmente sobre las medidas adoptadas para reducir las desigualdades relacionadas con la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención y el apoyo en materia de salud mental.
- La distribución y la calidad de los bienes y servicios de salud mental deberán ser equitativos con respecto a los bienes y servicios de salud general.
- Los planes de salud y los seguros deberán proporcionar cobertura a los servicios de salud mental en igualdad de condiciones que a los demás servicios sanitarios, y tendrán prohibido imponer limitaciones a las prestaciones que sean menos favorables para la atención de la salud mental que para otros servicios sanitarios generales.

2.4.2 Financiación de la salud mental

La salud mental sigue siendo una prioridad baja para la financiación pública en la mayoría de los sistemas sanitarios. En algunos de los marcos jurídicos o legislativos de los países, las leyes pueden ayudar a superar esta insuficiencia de recursos incluyendo disposiciones específicas para garantizar y aumentar la disponibilidad de fondos públicos para la atención de la salud mental. La mayor parte de la legislación sobre salud mental no se ocupa directamente de la financiación y queda en manos de los ámbitos presupuestario y de políticas; sin embargo, esto no significa que la legislación no pueda influir directamente en las asignaciones financieras.

Según el programa de financiación sanitaria de un país, la legislación puede establecer fondos asignados a la atención de la salud mental u objetivos progresivos en el presupuesto sanitario destinados a aumentar la inversión en salud mental (10). Por ejemplo, en Argentina, la legislación especifica un presupuesto mínimo para la atención de la salud mental dentro del presupuesto general de salud, aunque el objetivo presupuestario aún no se ha alcanzado (259, 260). Aunque es menos común, la legislación también puede ordenar la priorización de la inversión en servicios de salud mental, la paridad con las inversiones en otras áreas de la salud, o recaudar impuestos para la financiación de la atención de la salud mental (261).

Los gobiernos deberían indicar dónde deberían gastarse los recursos, garantizando así que se invierta en servicios y apoyo que se ajusten a las exigencias de los derechos humanos y permitiendo una prestación adecuada en ámbitos como la atención comunitaria de la salud mental y los servicios y apoyo que abordan toda la gama de determinantes sociales que repercuten en la salud mental de las personas (33). De este modo, la legislación puede contribuir a reorientar la financiación de las instituciones psiquiátricas hacia los servicios de base comunitaria y garantizar la disponibilidad de fondos para estrategias y planes de acción concretos para la desinstitucionalización (véase la [sección 2.5.4](#)).

Es crucial garantizar una financiación adecuada para un amplio espectro de opciones de apoyo a la salud mental. Los seguros médicos suelen incentivar la necesidad de un diagnóstico y promueven el uso de intervenciones “sencillas”, como los psicofármacos, en lugar de tratamientos más complejos que pueden ser más eficaces (33). Esto puede limitar las opciones de tratamiento disponibles y reducir las posibilidades de elección de las personas. Por ejemplo, en muchos países de renta baja, media y algunos de renta alta, hay un mejor acceso a los psicofármacos sin coste alguno, o a un coste relativamente bajo, en comparación con otras formas de tratamiento como la psicoterapia (33).

La legislación puede apoyar la movilización de recursos procedentes de la cooperación internacional, en consonancia con el artículo 2, párrafo 1 del PIDESC. También puede garantizar que la cooperación internacional, incluida la ayuda al desarrollo, tenga un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos; se abstenga de financiar o ejecutar programas y proyectos contrarios a los derechos humanos; reoriente la financiación de las instituciones a los servicios de base comunitaria; y garantice la participación activa de las personas con experiencia propia en todos los esfuerzos relativos a la salud, incluso a través de mecanismos consultivos formales.

Aunque los legisladores puedan mostrarse cautelosos ante las implicaciones financieras de la adopción de leyes que aumenten los recursos destinados a la salud mental, existe, no obstante, un sólido argumento económico a favor de la inversión en salud mental. Si los países no disponen de mecanismos de financiación explícitos, la salud mental quedará rezagada con respecto a otras prioridades sanitarias.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- La asignación presupuestaria para la salud mental aumentará mediante medidas deliberadas, concretas y específicas, hasta el máximo de sus recursos disponibles, dentro de un calendario claro.
- La financiación de la salud mental se incluirá en las partidas presupuestarias de cada nivel de gobierno (por ejemplo, autoridades locales y regionales).
- Los aumentos presupuestarios en la financiación de la salud mental se destinarán a los servicios y ayudas basados en la comunidad.
- La asignación presupuestaria para la salud mental reflejará una cartera de financiación equilibrada de servicios basados en la comunidad y opciones de apoyo, incluidas las intervenciones psicosociales y el apoyo no médico.
- Se prohíbe la asignación presupuestaria a servicios e intervenciones contrarios a las normas internacionales de derechos humanos.
- La asignación presupuestaria garantizará que los programas pertinentes consideren e incorporen actividades que aborden los determinantes sociales de la salud mental.
- La asignación presupuestaria se regirá por mecanismos de transparencia, responsabilidad y participación.
- La cooperación internacional al desarrollo y la ayuda humanitaria internacional en materia de salud mental se basarán en el principio del respeto de los derechos humanos y se orientarán hacia respuestas basadas en la comunidad y centradas en la persona.

2.4.3 Acceso asequible y equitativo a la atención de la salud mental

La legislación puede desempeñar un papel importante a la hora de garantizar un acceso asequible y equitativo a la atención de la salud mental. Las disparidades en la prestación de servicios y el acceso a los mismos están muy extendidas dentro de los países y entre ellos. La situación socioeconómica, que a menudo se cruza con factores de identidad y demográficos, como la raza, la etnia, el sexo, la identidad o expresión de género, la edad, la discapacidad, la orientación sexual, las características sexuales, la nacionalidad, el estatus migratorio y la ubicación geográfica, pueden afectar a la capacidad de una persona para acceder a la atención de la salud mental.

La legislación puede facilitar la cobertura sanitaria universal (CSU) de la salud mental. Por ejemplo, las leyes pueden obligar a incluir o ampliar la cobertura de la salud mental basada en los derechos como parte de los esfuerzos nacionales hacia la CSU (por ejemplo, la inclusión en los planes nacionales de seguro médico o paquetes de derechos). Las leyes pueden establecer y hacer cumplir normas e incentivos justos para garantizar que el sistema sanitario y sus actores actúen de forma coherente con los objetivos de la CSU para la salud mental; además, pueden proporcionar un medio para aplicar y supervisar dichas políticas y programas (262).

Las disparidades en el acceso a la atención de la salud mental pueden abordarse mediante leyes que establezcan criterios para una asignación de servicios basada en las necesidades y que obliguen a que los servicios y el apoyo a la salud mental estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena

calidad para grupos específicos como niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas mayores, así como personas con discapacidad, Pueblos Indígenas, minorías, personas trabajadoras migrantes, personas migrantes en situación irregular, personas refugiadas, solicitantes de asilo, personas desplazadas internas y personas privadas de la libertad.

Las exenciones de cuotas específicas también pueden utilizarse para contrarrestar el impacto financiero negativo de los pagos directos.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- La salud mental deberá integrarse en todas las estrategias y políticas de atención sanitaria universal y ser gratuita o asequible para todos.
- Los regímenes nacionales de seguros garantizarán el acceso a los servicios de salud mental y apoyo centrados en la persona y basados en los derechos.
- Todos los planes de seguro médico, independientemente de la compañía aseguradora, deberán cubrir los servicios de salud mental, incluido el apoyo comunitario, los servicios ambulatorios y hospitalarios, el tratamiento de la drogodependencia, la atención relacionada con intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, y el acceso a intervenciones psicosociales, terapias psicológicas y fármacos psicotrópicos.
- Las personas que viven en la pobreza, la indigencia o en situación de calle tendrán derecho a servicios y apoyo a la salud mental sin coste económico alguno.
- Las personas no ciudadanas, incluidas las personas trabajadoras migrantes, las personas refugiadas y solicitantes de asilo tendrán derecho, independientemente de su situación migratoria, a acceder a servicios y apoyo a la salud mental en igualdad de condiciones que los nacionales.

2.4.4 Atención de la salud mental con perspectiva de género

Las diferencias de género pueden influir en la experiencia de los problemas de salud mental y la atención en los servicios de salud mental (263). La legislación puede ayudar a promover servicios sensibles al género exigiendo que las personas que trabajan en la atención de la salud mental estén informadas de cuestiones como la forma en que las normas y los estereotipos de género y sexualidad configuran las experiencias vitales (por ejemplo, la violencia y el abuso); las realidades sociales, culturales y familiares cotidianas; las expresiones y experiencias del malestar emocional; y los requisitos y respuestas de atención y apoyo.

Por ejemplo, la ley puede reconocer la igualdad de género como principio básico en la prestación de servicios de salud mental. Asimismo, puede adoptar medidas para responder a las diferencias de género y a las necesidades individuales, defendiendo en todo momento la seguridad física, personal y emocional de la persona. Además, puede ordenar la prestación de atención, apoyo y derivación a las personas supervivientes de la violencia de género, incluso mediante servicios de salud mental integrales y sensibles al género, e información sobre derechos, prestaciones y otros servicios.

La legislación también puede prohibir las prácticas nocivas y discriminatorias basadas en el género, la orientación sexual, la identidad y expresión de género y las características sexuales en el contexto de la prestación de servicios de salud mental, incluidas la esterilización forzada, el aborto forzado, la anticoncepción forzada y la supresión de la menstruación. También deberían prohibirse las “terapias de conversión” para cambiar la orientación sexual, la identidad de género o la expresión de género de una persona. Los servicios de salud mental no deberían servir para restringir la salud y los derechos sexuales y reproductivos.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- No se discriminará a nadie con respecto al apoyo comunitario, los servicios de salud mental ambulatorios y hospitalarios, o el tratamiento de salud mental, por motivos de sexo, identidad o expresión de género, orientación sexual, características sexuales, edad, diagnóstico real o percibido, pertenencia a una minoría o cualquier otro motivo.
- Los servicios de salud mental defenderán el derecho de las personas usuarias de los servicios, siempre que sea posible, a solicitar un miembro del personal del género de su preferencia, si así lo desean.
- Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionarán espacios seguros para atender a las cuestiones de género en los que las personas usuarias de los servicios puedan pasar tiempo alejadas de otras personas cuya presencia pueda hacer que se sientan inseguras, o a una posible revictimización, acoso o abuso.
- Los servicios de salud mental respetarán la identidad y expresión de género de las personas usuarias de los servicios.
- La salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas usuarias de los servicios se respetarán y cumplirán en todas las circunstancias, y estarán libres de discriminación, incluida la discriminación por motivos de género y SOGIESC.



- Las personas embarazadas que utilizan los servicios de salud mental tienen derecho a recibir apoyo para ejercer su salud y sus derechos sexuales y reproductivos; esto incluye información y apoyo para controlar o interrumpir el embarazo, y reducción de daños relacionados con el uso de psicofármacos durante los períodos de embarazo, posparto y lactancia.
- Los servicios de salud mental proporcionarán adaptaciones para las responsabilidades parentales.
- Está prohibida la esterilización sin el consentimiento libre e informado de la persona.
- Están prohibidas las terapias e intervenciones para cambiar la orientación sexual, la identidad de género o la expresión de género de una persona.
- A las personas víctimas de violencia sexual y de género y de discriminación se les proporcionará inmediatamente un apoyo apropiado, accesible, adecuado y holístico para la recuperación del trauma, así como información y derivación a programas que puedan ayudarles.

2.4.5 Atención de la salud mental adecuada a la edad

La legislación puede contribuir a garantizar una atención y un apoyo a la salud mental adecuados a la edad, que son necesarios para salvaguardar los derechos de los niños, las niñas, los adolescentes y las personas mayores. La legislación puede prever servicios de salud mental que distingan entre las necesidades de los adultos de todas las edades, incluidas las personas mayores, y las de los niños y niñas y jóvenes, permitiendo servicios y entornos adecuados a la edad, por ejemplo, el acceso a actividades recreativas adecuadas para niños, niñas y adolescentes, y la facilitación de la interacción social en la comunidad, la accesibilidad física y otros servicios específicos para las personas mayores. También puede garantizar el acceso a servicios y programas destinados a proteger a los niños y las niñas que viven experiencias adversas en la infancia o corren el riesgo de vivirlas.

El ingreso en un servicio de salud mental puede ser una experiencia estresante para los niños, niñas y sus familias y debería evitarse. En su lugar, deberían recibir atención en casa y dentro de sus comunidades gracias a la disponibilidad de apoyo comunitario.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Se adoptarán procedimientos y criterios para orientar al personal sanitario en el ámbito de la atención de la salud mental, para evaluar el interés superior de la infancia y respetar sus opiniones.
- Se creará una variedad de servicios comunitarios para hacer frente a momentos de crisis centrados en la persona y basados en los derechos para apoyar mejor a los niños, las niñas y sus familias. Dichos servicios incluirán líneas telefónicas de crisis, equipos móviles de crisis, instalaciones de respiro, tratamiento en el hogar y servicios de observación y hospitalización breve.
- Nunca se ingresará a un niño, niña o adolescente en una institución psiquiátrica o de asistencia social. Se evitará en la medida de lo posible la hospitalización de niños, niñas y adolescentes, y se limitará en el tiempo y a circunstancias excepcionales. Se escuchará su opinión y se tendrá debidamente en cuenta en función de su edad y madurez.
- La atención hospitalaria de un niño, niña o adolescente, incluso durante situaciones de crisis, se prestará en un servicio comunitario de salud mental durante el menor número de días posible y estará separada de la de los adultos. Cuando no haya indicios de que el niño, la niña o adolescente pueda sufrir daños, los padres o tutores tendrán acceso ilimitado y participarán activamente durante toda la estancia.
- Los servicios de salud mental respetarán y apoyarán la autonomía e independencia de las personas mayores.
- Se desarrollarán y/o reforzarán los servicios comunitarios adecuados para prevenir la violencia, el abandono y el maltrato de las personas mayores con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.
- La autoridad sanitaria determinará la lista de servicios comunitarios, centrados en la persona y basados en los derechos, que cumplan las condiciones para la observación y las estancias breves en hospitalización. Estos servicios deberían cumplir estrictas normas de calidad y estar centrados en la recuperación y la inclusión en la comunidad; no deberían servir como nuevas formas de institucionalización.
- Los sistemas de salud mental coordinarán adecuadamente las transiciones entre los servicios para niños, niñas, adultos y personas mayores.

2.4.6 Atención de la salud mental culturalmente apropiada

La comprensión de la salud mental y el bienestar está ligada a la cultura (264) e influida por factores culturales como las creencias, los valores y las tradiciones. Por ejemplo, algunas comunidades pueden tener conceptos y concepciones únicos de la salud mental y el bienestar que pueden diferir de la perspectiva occidental dominante. Lo que se considera “enfermedad mental” en la medicina occidental puede tener asociaciones tradicionales o espirituales en otras culturas. El legado del colonialismo y la expansión de los modelos occidentales de salud mental por todo el mundo, a menudo dominados por intervenciones biomédicas, amenazan la salud mental y el bienestar de las distintas comunidades y la continuidad de las prácticas curativas tradicionales. El colonialismo y las leyes coloniales, incluidas las leyes de salud mental obsoletas o “exportadas”, siguen perjudicando, oprimiendo y discriminando a los Pueblos Indígenas, cuyas concepciones y enfoques culturales de cuestiones como la salud mental se han pasado por alto, medicalizado y, en ocasiones, criminalizado. Esto ha repercutido en su salud mental y su bienestar, y las tasas de afecciones de salud mental y suicidio entre estos pueblos suelen ser más elevadas que las de otras poblaciones.

En el caso de los Pueblos Indígenas, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (*DNUDPI*) (265) afirma los derechos de los Pueblos Indígenas a participar activamente en la elaboración y determinación de sus programas de salud; a mantener el uso de sus medicinas y prácticas de salud tradicionales; a acceder, sin discriminación, a todos los servicios sociales y de salud; y a disfrutar de la igualdad de derechos al más alto nivel posible de salud física y mental (arts. 23 y 24 de la *DNUDPI*). Aunque no es jurídicamente vinculante, la *DNUDPI* refuerza las obligaciones internacionales de garantizar que los servicios y la atención sanitaria sean culturalmente apropiados y tengan en cuenta las prácticas y medicinas tradicionales (266).

Al respetar el derecho de los Pueblos Indígenas a la autodeterminación, la legislación puede obligar a los gobiernos a proporcionar recursos adecuados para que estas comunidades creen y gestionen sus propias iniciativas de atención y apoyo sanitarios (266). La legislación también puede apoyar la participación de los líderes de los grupos indígenas, étnicos y religiosos en la sensibilización de la comunidad sobre las prácticas basadas en los derechos humanos en relación con la atención y el apoyo a la salud mental. Los enfoques indígenas de la salud mental representan una alternativa viable a la psiquiatría occidental, ya que ofrecen a las personas y a las familias un marco para afrontar el malestar emocional y las crisis mentales, al tiempo que promueven una identidad cultural positiva mediante la celebración de las narrativas y prácticas curativas indígenas que fueron marginadas por la colonización (267).

Además, la legislación es fundamental para promover respuestas culturalmente seguras y apropiadas a la atención de la salud mental dentro de los sistemas de salud mental occidentales. Las leyes pueden proporcionar información, apoyo y servicios adaptados a las necesidades culturales de las distintas comunidades. La consideración de las diferencias culturales a la hora de prestar atención de la salud mental es importante no sólo para los Pueblos Indígenas, sino también para las minorías étnicas y religiosas, así como para las personas migrantes, las personas refugiadas y solicitantes de asilo, a quienes a menudo se niega un apoyo que tenga en cuenta sus valores y experiencias culturales específicos.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Los Pueblos Indígenas y otras comunidades pertinentes, según proceda, deberán participar y ser consultados de manera significativa en el diseño y la aplicación de los servicios de salud mental.
- Las asignaciones presupuestarias para la salud mental tendrán en cuenta la financiación adecuada de iniciativas de atención de la salud mental culturalmente apropiadas para los Pueblos Indígenas y otros grupos pertinentes que puedan ser miembros de una minoría.
- Los servicios de salud mental proporcionarán atención y apoyo adecuados y coherentes con las creencias y prácticas culturales y religiosas de las personas, incluidas las que tienen creencias religiosas minoritarias y las personas no religiosas.
- Los servicios de salud mental proporcionarán atención y apoyo que respeten la libertad de opinión de las personas, así como sus convicciones religiosas y filosóficas, y en condiciones que sean culturalmente apropiadas.
- Se prestará apoyo de defensa culturalmente apropiado a las personas usuarias de los servicios de todas las etnias y comunidades.
- El acceso a la atención de la salud mental se proporcionará en una lengua que comprenda la persona y, en caso necesario, con la asistencia de servicios de interpretación, incluida la lengua de signos o la comunicación aumentativa y alternativa. Esta obligación incluye las intervenciones psicosociales.
- Una persona ingresada en servicios de hospitalización deberá poder continuar con sus prácticas religiosas o espirituales.

2.4.7 Atención y apoyo a la salud mental antirracista

El racismo sistémico contra los afrodescendientes, los Pueblos Indígenas y las minorías raciales y étnicas está arraigado en los sistemas de salud mental, al igual que en muchos otros ámbitos de la sociedad. El racismo impregna las políticas y las prácticas, creando barreras y desfavoreciendo a estos grupos, lo que conduce a un acceso desigual a la atención, a un tratamiento y unos resultados desiguales, y a suposiciones y estereotipos sesgados (268). Por ejemplo, las minorías raciales y étnicas pueden tener dificultades para acceder a los servicios de salud mental debido a factores como la falta de seguro, las barreras lingüísticas o la falta de proveedores culturalmente competentes (269). Los prejuicios y los estereotipos también pueden afectar a la forma en que el personal de salud mental interactúa con las personas usuarias de los servicios y los percibe, lo que conduce a un trato y unos resultados desiguales (270). Las prácticas coercitivas, como la detención y el tratamiento involuntarios, así como las intervenciones dentro del sistema de justicia penal durante las crisis, son experimentadas de manera desproporcionada por las minorías raciales y étnicas en los entornos de atención de la salud mental (271, 272).

El racismo y el trauma están estrechamente relacionados. Las experiencias de racismo, como la discriminación, el acoso, la violencia y el racismo institucional, pueden tener efectos a largo plazo en la salud mental y el bienestar de las personas y abarcar varias generaciones (273). Es importante que los profesionales de la salud mental reconozcan la relación entre racismo y trauma y la aborden mediante respuestas centradas en la persona que favorezcan la curación y el bienestar.

La legislación puede desempeñar un papel en la lucha contra el racismo sistémico en los sistemas de salud mental estableciendo normas para la prestación de servicios de salud mental y responsabilizando a los proveedores de cualquier práctica discriminatoria. Las leyes pueden garantizar que todas las personas tengan igual acceso a los servicios de salud mental, independientemente de su origen racial y étnico (véase la [sección 2.1.1](#)). También pueden exigir la formación del personal de salud mental en competencia cultural y la prestación de una atención libre de prejuicios y discriminación. Además, la legislación puede establecer mecanismos para abordar los incidentes de discriminación (véase la [sección 2.7](#)). Sin embargo, estos esfuerzos deben ir acompañados de una serie de respuestas políticas que aborden los obstáculos sistémicos e institucionales que perpetúan el racismo en la sociedad, incluidos la educación, la vivienda, la atención sanitaria y el sistema de justicia penal.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- La autoridad sanitaria pondrá en práctica la formación del personal sanitario para combatir los prejuicios y estereotipos raciales y étnicos.
- La autoridad sanitaria pondrá en marcha un aumento de la contratación y formación afirmativas de personal de salud mental y asistencia social que represente a grupos raciales y étnicos históricamente marginados.
- La autoridad de salud mental se comprometerá activamente y colaborará con organizaciones que representen a las minorías raciales y étnicas para comprender y abordar los problemas de equidad sanitaria en estas comunidades.
- Los sistemas de salud mental deberán recopilar datos desglosados e información sobre el uso de los servicios, los resultados y las disparidades para identificar y abordar cualquier disparidad o desigualdad. Las políticas de recopilación de datos deberían aplicarse en estrecha consulta con las organizaciones que representan a las minorías raciales y étnicas.

2.4.8 Formación para proveedores de atención sanitaria y social

La formación es una inversión importante para desarrollar servicios y apoyo a la salud mental centrados en la persona y basados en los derechos. La educación y la formación en derechos humanos pueden ayudar a los proveedores de atención sanitaria y social a alinearse con un enfoque basado en los derechos. Podría abarcar temas esenciales, como el marco del derecho a la salud (véase la [sección 1.4](#)) (125), las normas internacionales de derechos humanos, el enfoque de recuperación, el respeto de la capacidad jurídica y la eliminación de la coerción. La iniciativa QualityRights de la OMS ha elaborado materiales a partir de evidencias con una perspectiva basada en los derechos, para la formación, la orientación y la transformación de los servicios de salud mental (32). También ha elaborado un programa de formación electrónica sobre salud mental, recuperación e inclusión, que deberían completar todos los proveedores de atención sanitaria y social (274).

La legislación puede obligar a impartir formación sobre salud mental y derechos humanos a todas las personas que trabajen en servicios de atención sanitaria y social y en equipos de respuesta a emergencias. También puede estipular la obligación de impartir formación continua obligatoria y solicitar la participación e implicación significativas de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en el desarrollo y la impartición de dicha formación.

La regulación también puede ser un vehículo útil para mejorar la formación y los niveles de educación de los profesionales sanitarios, incluidos los planes de estudios previos al servicio y el desarrollo profesional continuo. Por ejemplo, los sistemas reguladores para establecer las normas necesarias para convertirse en un profesional sanitario registrado o autorizado (por ejemplo, médico, enfermera, obstetra), pueden prescribir una formación obligatoria sobre derechos humanos, toma de conciencia sobre la salud mental, enfoques centrados en la persona y en la comunidad y los determinantes sociales de la salud. Pueden adoptarse medidas similares en otras profesiones relacionadas con la salud mental, como el trabajo social, la terapia ocupacional y la actuación policial (véase la [sección 2.8.2](#)).



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Los profesionales, trabajadores y otros proveedores de servicios de salud mental recibirán capacitación, reorientación o formación para desarrollar su capacidad de prestar servicios de salud mental basados en evidencias, adaptados a la edad y al género, culturalmente apropiados y basados en los derechos humanos, que hagan hincapié en los modelos de recuperación centrados en la persona, los derechos humanos, la comunidad y la salud pública.
- Los planes de estudios de los programas de educación médica profesional y técnica que abarcan la atención sanitaria y el trabajo social incluirán formación obligatoria sobre derechos humanos y el enfoque basado en los derechos humanos para la atención y el apoyo en salud mental.
- Las personas con experiencia vivida participarán directamente en el desarrollo y la impartición de la formación.

2.5 Prestación de servicios de salud mental en la comunidad

La legislación desempeña un papel fundamental en la promoción de servicios comunitarios de salud mental y apoyo centrados en la persona y basados en los derechos. Cuando la atención de la salud mental se presta en la comunidad, es más fácil acceder a ella, conectarse y coordinarse con otros servicios. Los enfoques centrados en la persona son más adecuados para satisfacer las necesidades de apoyo de las personas y garantizar una gama de servicios e intervenciones que satisfagan las distintas necesidades. De este modo, las personas permanecen conectadas a sus redes sociales y reciben apoyo para continuar con sus vidas y participar en sus comunidades.

En esta sección se proponen disposiciones para transformar la prestación de servicios y poner en marcha servicios comunitarios de salud mental y apoyo centrados en la persona y basados en los derechos. Una vez más, estas disposiciones podrían integrarse en las leyes generales de salud o en cualquier legislación independiente existente sobre salud mental, como parte de los esfuerzos más amplios para lograr un cambio de paradigma en la salud mental. Deben complementarse con las disposiciones descritas en otras secciones, en particular aquellas relativas a la promoción de la independencia y la inclusión en la comunidad, ya que los traumas y las crisis requieren respuestas que van más allá del ámbito del sector sanitario (véase la [sección 2.8.1](#)).

2.5.1 Integración de la salud mental en la atención sanitaria general

La legislación puede reforzar la introducción de intervenciones, servicios y apoyo en materia de salud mental en los primeros niveles de atención sanitaria, sobre todo en la atención primaria, que sean coherentes con el principio de que la salud mental debería considerarse igual que la salud física.

La atención primaria suele ser el primer nivel de contacto con el sistema nacional de salud para las personas, la familia y la comunidad. Integrar la salud mental en la atención primaria es la estrategia más viable para mejorar el acceso de las poblaciones desatendidas y garantizar que cualquier persona pueda acceder a los servicios de salud mental en una fase temprana y cerca de su hogar y su comunidad (10, 275). Esto aumenta las probabilidades de recuperación y promueve la inclusión en la comunidad. También puede ayudar a reducir el estigma asociado a la búsqueda de ayuda en servicios de salud mental centralizados e institucionales (276, 277). La ley puede ayudar a garantizar el acceso a los servicios de salud mental en la comunidad exigiendo que en la atención primaria se apliquen enfoques de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos humanos.

La legislación también puede contribuir a mejorar la disponibilidad de bienes y servicios específicos de salud mental en la atención primaria. Por ejemplo, puede garantizar que los psicofármacos estén disponibles y sean tan accesibles como otros medicamentos, asegurando al mismo tiempo normas más estrictas para el consentimiento libre e informado y la prescripción segura, la comunicación sobre todas las opciones de tratamiento, atención y apoyo disponibles, y el apoyo para interrumpir los psicofármacos (véase la [sección 2.3.1](#)). Del mismo modo, la legislación puede ayudar a mejorar el acceso a las intervenciones psicosociales, como el asesoramiento, las intervenciones psicológicas específicas, el apoyo entre pares y los servicios sociales prestados en la atención primaria. La legislación también puede abordar los aspectos de la atención sanitaria relacionados con la salud mental, a menudo desatendidos, en ámbitos como la atención prenatal y postnatal, ofreciendo opciones para la evaluación y el apoyo multidisciplinarios en materia de salud mental y bienestar durante las visitas de atención planificadas o

rutinarias. La OMS ha desarrollado una serie de herramientas para proporcionar orientación sobre estos aspectos del tratamiento, la atención y el apoyo como parte de las iniciativas QualityRights y mhGAP de la OMS (278 a 280).

La legislación puede promover la creación de servicios de salud mental en hospitales generales. En muchos países, estos servicios hospitalarios se han prestado históricamente en grandes centros de hospitalización, como instituciones psiquiátricas y de asistencia social. Las personas internadas en estos centros suelen permanecer largos períodos de tiempo, a veces durante muchos años. Además, estos centros suelen estar aislados de otros servicios sanitarios generales y del resto de la comunidad, y se asocian a prácticas coercitivas y violaciones de los derechos humanos. Cuando se prestan como parte de una serie de servicios y apoyo en la comunidad, los servicios de salud mental de los hospitales generales pueden garantizar que las personas reciban una atención y un apoyo que respondan a sus necesidades y respeten sus derechos humanos. Sin embargo, es importante garantizar que estos servicios no realicen prácticas institucionales contrarias a los derechos humanos y a la inclusión.

La legislación por sí sola no hará efectivas estas disposiciones a menos que se hayan preparado y puesto en marcha la política, la infraestructura y el personal necesarios. De hecho, muchas de estas reformas no requieren un mandato legislativo, aunque la ley puede establecer obligaciones concretas para llevarlas adelante.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Se llevará a cabo la integración de la atención de la salud mental centrada en la persona y basada en los derechos en la atención primaria de salud y en los hospitales generales.
- Los servicios de salud mental en régimen de hospitalización centrados en la persona y basados en los derechos se prestarán en centros comunitarios y hospitales generales.
- La atención primaria de salud creará equipos multidisciplinares de salud mental integrados por profesionales y facultativos de diferentes disciplinas o ámbitos pertinentes, así como por personas con experiencia vivida.
- Los sistemas de salud mental deberán garantizar la disponibilidad de intervenciones psicosociales y psicofármacos en los centros de atención primaria y en los hospitales generales. Las intervenciones psicosociales deberían ser las opciones de tratamiento de primera línea.
- La salud mental y el bienestar multidisciplinar y el apoyo deberían ofrecerse en las visitas planificadas de atención prenatal y postnatal.

2.5.2 Desarrollo de servicios comunitarios de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos

Aunque la integración de la salud mental en los sistemas sanitarios generales es importante, el cambio de paradigma de un modelo biomédico a un modelo de derechos humanos requiere la transformación de la prestación de servicios para desarrollar una serie de opciones holísticas basadas en la comunidad, centradas en la persona y orientadas a la recuperación. En contraste con los modelos centrados en el hospital, los servicios de atención basados en la comunidad son más accesibles, eficientes y eficaces (281, 282). Los gobiernos pueden promover o reforzar estos procesos incorporándolos a la legislación.

De hecho, en muchos países, la legislación ha iniciado la transformación de los servicios, con leyes que ordenan la reforma de los sistemas de salud mental hacia un modelo comunitario. En Brasil, por ejemplo, la Ley 10.216 del 6 de abril de 2001 que “Establece la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención de la salud mental”, fue fundamental para reorientar los recursos de las instituciones psiquiátricas a la comunidad.

La legislación también puede promover el desarrollo de servicios comunitarios centrados en la persona y basados en los derechos, estipulando que se disponga de una serie de servicios de salud mental y de apoyo en la comunidad. Por ejemplo, la ley puede prever la creación de centros comunitarios de salud mental que ofrezcan apoyo fuera de un entorno institucional y cerca de los hogares de las personas; servicios de respuesta a las crisis que ayuden a las personas que experimentan una crisis mental aguda (véase la [sección 2.3.3](#)); servicios de extensión comunitaria; y servicios de apoyo entre pares (véase la [sección 2.5.3](#)). Todos ellos deben adoptar un enfoque basado en los derechos.

En algunos países, la legislación establece que la atención de la salud mental debería prestarse en primer lugar a nivel comunitario y, si las opciones a este nivel no son viables o han fracasado previamente, pueden ofrecerse servicios de hospitalización, pero sólo con el consentimiento informado de la persona afectada. En Vermont, en los Estados Unidos de América, el Departamento de Salud Mental está obligado por la ley estatal a informar anualmente en qué medida las personas que utilizan los servicios de salud mental reciben atención en la comunidad.

La legislación puede defender los enfoques centrados en la persona y en la recuperación reconociéndolos como principios esenciales de la atención de la salud mental; se sitúa a las personas en el centro del servicio y se las reconoce como personas y no como “pacientes” (283). A diferencia de los enfoques biomédicos, la atención se centra en la “persona en su totalidad” y no en su diagnóstico de salud mental. Por lo tanto, el apoyo debería adaptarse a sus necesidades y circunstancias únicas, guiado por lo que la persona quiere de la vida. Esto permite adoptar enfoques informados por el trauma a la hora de responder a la injusticia racial, de género y de otro tipo.

Del mismo modo, los servicios que adoptan un enfoque de recuperación no se centran en “curar” o hacer que las personas vuelvan a estar “sanas” o “normales”, sino en ayudar a las personas a identificar qué significa para ellas la recuperación. De este modo, se ayuda a las personas a adquirir o recuperar el control de su identidad y su vida, a tener esperanza en el futuro y a vivir una vida que tenga sentido para ellas. Además, esto permite reconocer que la salud mental y el bienestar no dependen de estar “libre de síntomas”; que las personas pueden experimentar malestar emocional y trauma y aun así disfrutar de una vida rica y plena (33). La adopción de este tipo de enfoques permite defender los derechos humanos.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- La autoridad sanitaria iniciará un proceso de reforma del sistema de atención de la salud mental para instaurar un modelo de atención basado en la comunidad. Los recursos de las instituciones psiquiátricas y los hospitales se reorientarán progresivamente hacia los servicios comunitarios de salud mental.
- La atención de la salud mental se llevará a cabo principalmente a nivel comunitario, y no en centros hospitalarios, para evitar el alejamiento de las personas de sus comunidades y facilitar la recuperación y la inclusión social.
- Se dará prioridad a la creación y el desarrollo de centros comunitarios de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos, servicios de respuesta a crisis, servicios de extensión comunitaria, servicios de apoyo entre pares y otros servicios y apoyo comunitario.
- La atención con internación en hospitales generales sólo se prestará cuando ofrezca mayores beneficios terapéuticos que las intervenciones que puedan realizarse en el entorno domiciliario, comunitario o social, y sobre la base del consentimiento libre e informado de la persona interesada.
- Los servicios de salud mental se centrarán en la persona y se guiarán por los principios de recuperación, participación, inclusión en la comunidad, enfoques no coercitivos y respeto de la capacidad jurídica.
- Los servicios de salud mental colaborarán con otros sectores para ofrecer un enfoque holístico y facilitar el acceso a los servicios sociales y de apoyo.

2.5.3 Integración de servicios dirigidos y gestionados por pares

La participación de los pares en la prestación de apoyo es clave para la transformación de los sistemas de salud mental: las personas con experiencia vivida aportan comprensión, confianza y esperanza a los servicios. Los servicios de apoyo entre pares pueden ayudar a las personas a alcanzar y mantener la salud y el bienestar y la inclusión social, y a navegar por el sistema social y de salud mental de forma más eficiente (284). En base al contexto del país, la participación de los pares puede adoptar muchas formas, desde especialistas en apoyo entre pares hasta servicios independientes gestionados por pares.

Aunque los servicios dirigidos y gestionados por pares no son competencia exclusiva del sector sanitario, la legislación puede contribuir a crearlos e integrarlos en los sistemas sociales de salud mental y afines, así como a proporcionar un entorno propicio para su establecimiento y funcionamiento sostenido. A menudo, dichos servicios se enfrentan a obstáculos para acceder a una financiación sostenible y garantizarla, debido a la falta de sensibilización sobre su importancia. Pueden encontrar barreras a la hora de obtener acreditaciones y licencias de funcionamiento debido a procedimientos costosos y burocráticos, y su trabajo puede verse limitado por normativas en torno a la gestión de la seguridad que pueden obligarles a no aceptar a personas consideradas un riesgo para sí mismas o para los demás. En este sentido, la legislación puede ayudar a eliminar todos estos obstáculos legales para facilitar el establecimiento y el funcionamiento sostenido del apoyo entre pares.

La legislación también puede sostener el desarrollo de servicios de apoyo entre pares previendo su financiación.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Los sistemas de salud mental promoverán y apoyarán la participación de los pares en la prestación de servicios de salud mental y servicios afines.
- Los sistemas de salud mental promoverán y apoyarán la formación y certificación de los trabajadores de los servicios de apoyo entre pares.
- Los trabajadores de los servicios de apoyo entre pares tendrán las mismas condiciones de trabajo que el resto del personal y recibirán ayuda en el desempeño de sus tareas.
- Dichos trabajadores estarán representados en los consejos y estructuras de gobierno de los servicios de salud mental
- Se reconocerá a las organizaciones independientes gestionadas por pares que operen junto a los servicios gubernamentales de salud mental.
- Se adoptará un marco de política favorable al establecimiento y mantenimiento del funcionamiento de los servicios gestionados por pares, respetando su autonomía e independencia.
- Los servicios de apoyo entre pares deberán poder acceder a mecanismos de financiación, incluida la financiación pública y la cooperación internacional.

2.5.4 Desinstitucionalización

La desinstitucionalización es un aspecto importante de la transformación de los sistemas de salud mental. Implica el cierre de todas las formas de instituciones, incluidas las instituciones psiquiátricas y las instituciones de asistencia social conexas, y su sustitución por sistemas de apoyo comunitario integradores y servicios generales, como los servicios basados en la comunidad, el apoyo financiero, asistencia para la vivienda, el apoyo entre pares y otras redes de apoyo (10, 285).

En algunos países, los procesos de desinstitucionalización en el ámbito de la salud mental se han iniciado o reforzado a través de la legislación. En Italia, la ley conocida como Ley Basaglia, reforzó el proceso de desinstitucionalización iniciado durante la década de 1960 al establecer la prohibición de construir nuevos hospitales psiquiátricos y de admitir nuevos pacientes en los ya existentes. Más recientemente, la legislación de Argentina, México y Uruguay prohibió la creación de nuevas instituciones psiquiátricas en un esfuerzo por cambiar hacia la salud mental comunitaria (164, 286, 287).

La legislación puede promover la adopción de planes de acción de desinstitucionalización con plazos y responsabilidades claros, así como puntos de referencia y partidas presupuestarias concretas. Las estrategias de desinstitucionalización requieren un enfoque intergubernamental y la participación directa de las personas con experiencia vivida, en particular las personas supervivientes de la institucionalización (288). Una prohibición explícita de la institucionalización puede ser un importante elemento disuasorio contra la transinstitucionalización, o el traslado de personas de una institución a otra bajo la pretendida apariencia de la desinstitucionalización. También deberían abolirse las disposiciones que facilitan o permiten la institucionalización.

Las medidas legislativas necesarias para la desinstitucionalización pueden incluir la obligación de garantizar el acceso a los servicios y redes comunitarios necesarios para hacer efectivo el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (véase la [sección 2.8.1](#)). El reconocimiento legislativo de su derecho a la capacidad jurídica, la igualdad y la no discriminación, el acceso a la justicia y la libertad y seguridad de la persona son también condiciones previas para permitir la plena inclusión.

Los gobiernos deberían adoptar un enfoque centrado en la persona, de modo que existan servicios comunitarios y apoyo individualizado para acoger a las personas que abandonan las instituciones. La experiencia demuestra que los procesos de desinstitucionalización mal concebidos y con escasos recursos podrían ser contraproducentes y perjudiciales para los derechos humanos (289).

La legislación también puede facilitar la creación de mecanismos de resarcimiento y reparación para las personas supervivientes de la institucionalización y garantizar la disponibilidad de recursos jurídicos efectivos contra la institucionalización (véase la [sección 2.7.3](#)) (290).

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha publicado unas directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia (285), que pretenden orientar y apoyar a los países en sus esfuerzos por hacer realidad el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, y servir de base para la planificación de los procesos de desinstitucionalización y la prevención de la institucionalización.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Se prohíbe la creación de cualquier forma de institución; esto incluye nuevos manicomios, hospitales psiquiátricos, hospitales neuropsiquiátricos o instituciones monovalentes, e instituciones públicas o privadas de asistencia social.
- Se creará una comisión multisectorial para desarrollar y aplicar una política de desinstitucionalización, que incluya la adopción de un plan de acción con plazos y responsabilidades claros, puntos de referencia concretos, un presupuesto adecuado, una moratoria sobre nuevas admisiones y el desarrollo de un apoyo comunitario adecuado.
- Las personas con experiencia vivida, en particular aquellas supervivientes de la institucionalización, deberían participar y ser consultadas en todas las fases de la desinstitucionalización.
- Las instituciones existentes deben modificar su funcionamiento para facilitar la desinstitucionalización y, hasta su sustitución definitiva, restablecer la autonomía y elección individual de las personas residentes, y garantizar los objetivos y principios del apoyo comunitario centrado en la persona y basado en los derechos.
- Los sistemas de salud mental recopilarán información desglosada de los servicios de salud mental y de atención social relacionados para facilitar el diseño de políticas, planes y programas de desinstitucionalización, y permitir la medición y el seguimiento de los avances.

2.5.5 Redistribución de los recursos financieros y humanos

La desinstitucionalización y el desarrollo de un conjunto sólido de servicios de salud mental basados en la comunidad implican algo más que la simple reubicación de las personas en la comunidad. Exige un apoyo y unos servicios comunitarios adecuados, centrados en la persona y basados en los derechos, para lo cual es necesario redistribuir los fondos públicos de las instituciones a la comunidad. El *Atlas de la salud mental 2020* de la OMS señala que más del 70% de los presupuestos destinados a salud mental en los países de ingresos bajos y medios, y el 35% en los países de ingresos altos, se asignan a hospitales psiquiátricos (45). Los análisis también han demostrado que los costes de hospitalización a menudo superan los de un tratamiento, atención y apoyo “equivalentes” en la comunidad (33). En este contexto, la legislación puede contribuir a respaldar la redistribución de recursos financieros y humanos de las instituciones a los servicios comunitarios.

La legislación puede incorporar incentivos económicos para el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos, así como reducir o eliminar aquellos para la atención hospitalaria de larga duración o los servicios prestados por instituciones psiquiátricas y de asistencia social. Los incentivos económicos también pueden contribuir a eliminar prácticas coercitivas como el régimen de aislamiento y la contención (33).

La legislación también puede ayudar a corregir las distorsiones creadas por los seguros médicos. Por ejemplo, los seguros médicos pueden no incluir la cobertura de intervenciones psicosociales, servicios comunitarios, servicios de hospitalización, servicios de drogodependencia o atención relacionada con intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas. Si un seguro cubre la medicación pero no las terapias (siendo la primera menos costosa que la segunda), se crea un incentivo perverso para elegir el tratamiento farmacológico en lugar de la terapia. Del mismo modo, si el seguro médico sólo financia los servicios de hospitalización, hay pocas posibilidades de que se desarrollen servicios de base comunitaria. Otros incentivos perversos son los pagos basados en casos o los reembolsos por estancias hospitalarias, pero financiación per cápita de los servicios comunitarios de salud mental.

Es importante que se cubran distintos tipos de intervenciones para que la atención sea de calidad.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- La autoridad sanitaria, en coordinación con otros sectores pertinentes, revisará los mecanismos de financiación y reembolso en el sector de la atención sanitaria y social para introducir incentivos financieros para el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos.
- La autoridad sanitaria reasignará el presupuesto a los servicios de base comunitaria dentro y entre los diferentes sectores como parte de los procesos de desinstitucionalización.
- La autoridad sanitaria, en coordinación con otros sectores pertinentes, adoptará planes y especificaciones detallados para el traspaso progresivo de fondos de las instituciones a los servicios comunitarios de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos.
- Se revisarán los planes de seguro médico para crear incentivos a la prestación de tratamiento y apoyo en los servicios comunitarios de salud mental centrados en la persona y basados en los derechos.

2.5.6 Aplicación en contextos humanitarios y emergencias

Muchas personas afectadas por conflictos y emergencias humanitarias experimentan traumas y trastornos psicológicos como consecuencia de acontecimientos estresantes relacionados con ellos, como la violencia y las pérdidas, así como la pobreza, la discriminación, el hacinamiento en las cárceles y centros de detención y la inseguridad alimentaria y de recursos (291). Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial son especialmente vulnerables a estos efectos psicosociales negativos; el impacto acumulativo de la discriminación estructural y la exclusión social a las que se enfrentan puede restringir su acceso a las necesidades básicas y al apoyo. Esto es especialmente relevante en el caso de las personas internadas en instituciones, que a menudo no pueden salir de ellas durante las crisis humanitarias y cuya situación tiende a volverse más restrictiva y precaria en esos momentos. Por ejemplo, la pandemia de la COVID-19 demostró que, aparte del mayor riesgo de infección, las personas internadas en instituciones psiquiátricas y de asistencia social experimentaban un mayor riesgo de confinamiento, sobremedicación, minimización del contacto humano, ausencia de visitas sociales y falta de supervisión por parte de organismos independientes (292, 293).

Los gobiernos pueden mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de todas las personas afectadas integrando la salud mental y el apoyo psicosocial basados en los derechos en las respuestas humanitarias y de emergencia (294). La legislación puede ayudar a garantizar que se disponga del apoyo adecuado en situaciones de emergencia, por ejemplo, durante conflictos, catástrofes, brotes pandémicos y otras situaciones complejas. Se insta a los países a que continúen y aceleren sus esfuerzos para la desinstitucionalización durante las emergencias, y a que tomen medidas inmediatas para incluir a las personas internadas en instituciones en todas las medidas de evacuación, ayuda humanitaria y recuperación (295 a 297).

En algunos países, las personas refugiadas y solicitantes de asilo también pueden recibir una atención y un apoyo inadecuados en materia de salud mental y, por ejemplo, no recibir la misma cobertura o calidad de servicios que las personas del país de acogida. Esto puede equivaler a discriminación y viola el artículo 12 del PIDESC, que “reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. La legislación puede estipular que las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo tengan derecho a la misma atención de la salud mental que el resto de la ciudadanía.

Los países también deberían tener en cuenta la salud mental a la hora de avanzar en la legislación post-conflicto.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Los sistemas de salud mental deberán garantizar la disponibilidad y continuidad de respuestas de salud mental y apoyo psicosocial centradas en la persona y basadas en los derechos en situaciones de emergencia, en los diferentes sectores.
- La salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de emergencia abarcarán diversos niveles de apoyo, como la igualdad de acceso a los servicios básicos y la seguridad, el fortalecimiento de la cohesión social, el apoyo comunitario y familiar, y las intervenciones individuales, familiares y de grupo.
- Las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia deberán respetar los derechos humanos y promover y proteger los derechos de las personas que utilizan los servicios.
- Los sistemas de salud mental garantizarán y proporcionarán servicios de salud mental de calidad y servicios relacionados a las personas migrantes, solicitantes de asilo, refugiadas y apátridas.
- Las personas migrantes, solicitantes de asilo, refugiadas y apátridas gozarán de acceso a servicios y apoyo a la salud mental y a tratamiento y atención equivalentes en calidad a los proporcionados a los nacionales con respecto a la salud mental y los servicios relacionados.
- Los sistemas de salud mental garantizarán el pleno respeto de la identidad cultural de las personas solicitantes de asilo, refugiadas y apátridas en la prestación de servicios de salud mental y servicios afines.

2.6 Garantizar la participación plena y efectiva en las decisiones públicas

La participación, como derecho humano, implica la intervención directa o indirecta de las partes interesadas en la toma de decisiones públicas sobre la legislación, las políticas y los programas en los que tienen un interés. La participación es un componente clave de la buena gobernanza, ya que ayuda a tomar mejores decisiones públicas, haciendo que la acción del gobierno responda mejor a las experiencias reales de aquellos a quienes debería servir.

La transformación de los sistemas de salud mental exige reconocer a todos los miembros de la sociedad como titulares de derechos y garantizar que todas las personas con experiencia vivida, incluidas las que tienen problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, tengan la oportunidad de contribuir a que la atención y el apoyo a la salud mental respondan mejor a sus necesidades y a que las autoridades rindan cuentas de la defensa de sus derechos.

Esta sección propone disposiciones legislativas clave para reconocer y apoyar el derecho de las personas con experiencia vivida a participar en todos los procesos públicos de toma de decisiones relativos a los sistemas de salud mental. Estas disposiciones pueden incluirse en las leyes sobre discapacidad, en las leyes sobre participación civil, así como en las leyes generales de salud y en cualquier ley existente sobre salud mental.

2.6.1 Reconocer el derecho a participar activamente en la toma de decisiones

Tal y como se establece en el artículo 4, párrafo 3 de la CDPD, los gobiernos tienen la obligación de celebrar consultas estrechas con las personas con discapacidad y de hacerlas participar activamente, a través de las organizaciones que las representan, en los procesos de toma de decisiones sobre cuestiones que les conciernen. Esto incluye la participación de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tanto si se identifican como personas con discapacidad como si no. Para cumplir esta obligación en el contexto de la atención de la salud mental, los países pueden adoptar marcos jurídicos y normativos que garanticen la participación plena y efectiva de las personas con experiencia vivida y de las organizaciones que las representan en las decisiones públicas relativas a cuestiones como la prestación, la legislación, las políticas, las estrategias y los planes de acción en materia de salud mental.

La legislación puede exigir explícitamente que las autoridades gubernamentales consulten estrechamente a las personas con experiencia vivida y garanticen su participación en la elaboración, aplicación y supervisión de la legislación y las políticas relativas a la atención y el apoyo en materia de salud mental. Esto puede incluir consultas abiertas y un compromiso directo con las personas con experiencia vivida y sus organizaciones representativas. Los países no deberían exigir que una organización de personas con experiencia vivida esté registrada como entidad jurídica como requisito previo para participar en procesos de consulta (159).

Además, los países pueden adoptar disposiciones legislativas que concedan a las organizaciones de personas con experiencia vivida puestos, por ejemplo, en comités permanentes de salud mental, grupos de trabajo temporales u órganos de vigilancia (véase la [sección 2.7.2](#)). De este modo, las personas con experiencia vivida no sólo aportan información, sino que también participan en la definición de prioridades y acciones.

Para facilitar la participación y el compromiso significativo, la legislación puede dar prioridad a las opiniones de las organizaciones de personas con experiencia vivida a la hora de abordar cuestiones relacionadas con la salud mental (298).



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Las autoridades implicarán activamente y consultarán estrechamente a las personas con experiencia vivida y a sus organizaciones representativas en el desarrollo, aplicación y supervisión de la legislación y las políticas relativas a la atención y el apoyo en materia de salud mental.
- Las autoridades implicarán activamente y consultarán estrechamente a las personas usuarias de los servicios en la planificación, prestación y evaluación de los programas y servicios de atención y apoyo a la salud mental.
- Los procesos de consulta se desarrollarán bajo los principios de accesibilidad, buena fe, oportunidad y transparencia.
- Las autoridades facilitarán la sensibilización, la formación y el apoyo para maximizar la implicación y la participación de las personas con experiencia vivida.
- Se adoptarán políticas y procedimientos para garantizar la participación de las personas con experiencia vivida en los comités, grupos de trabajo y órganos de vigilancia pertinentes, incluida la financiación y compensación adecuadas.
- El registro como entidad jurídica no debería ser una condición previa para que las organizaciones de personas con experiencia vivida participen en los procesos de consulta.

2.6.2 Llevar a cabo consultas accesibles y justas

No basta con reconocer el derecho de las personas con experiencia vivida a participar en la toma de decisiones; los procesos de consulta deben ser accesibles y justos y garantizar que sus voces sean escuchadas.

La legislación puede regular procedimientos adecuados y transparentes para consultar a las personas con experiencia vivida en los procesos de toma de decisiones en los distintos sectores y niveles de gobierno. Por ejemplo, la legislación puede establecer requisitos de accesibilidad y transparencia, así como prever principios de buena fe, respeto mutuo y diálogo significativo.

Los países pueden adoptar una legislación que garantice que las opiniones de las personas con experiencia vivida se tengan debidamente en cuenta y se escuchen no sólo como un enfoque simbólico de la consulta (299). Para ello, la legislación puede obligar a que los resultados de las consultas se tengan en cuenta y se reflejen en las decisiones adoptadas, y además a informar del resultado de las consultas y motivar debidamente las decisiones públicas. Las consultas deberían tener en cuenta la interseccionalidad y tratar de garantizar la representación de la diversidad entre las personas con experiencia vivida, en particular las víctimas y supervivientes de violaciones de los derechos humanos en el sistema de salud mental. En reconocimiento de su tiempo y experiencia en las consultas, los participantes con experiencia vivida podrían ser compensados por sus aportaciones y cubiertos por cualquier coste directo, como los gastos de bolsillo relacionados con la participación. Si bien existen prácticas prometedoras en este sentido, aún se encuentran en una fase incipiente y merecen un debate más profundo.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Las consultas se basarán en los principios de transparencia, respeto mutuo, diálogo significativo y auténtico deseo de alcanzar un consenso.
- No se excluirá a nadie de la participación en las consultas sobre la base de criterios discriminatorios, como la discapacidad, la raza, el sexo, la identidad o expresión de género, la orientación sexual, las características sexuales, el origen, la opinión, la migración u otra condición.
- Las autoridades garantizarán la accesibilidad de todas las instalaciones y procedimientos relacionados con la toma de decisiones y las consultas públicas.
- Las invitaciones y los documentos de consulta se enviarán con la mayor antelación posible para que los participantes puedan organizar su asistencia y prepararse adecuadamente.
- Se realizarán ajustes razonables en todos los procesos de diálogo y consulta.
- A los niños y las niñas con experiencia vivida se les proporcionará asistencia adaptada a su discapacidad y edad para que puedan participar en los procesos de toma de decisiones.

2.7 Garantizar la rendición de cuentas

La rendición de cuentas es fundamental para garantizar tanto la eficiencia como un enfoque basado en los derechos humanos en materia de atención de la salud mental. Obliga a los titulares de deberes a asumir la responsabilidad de sus actos, a ser transparentes y responder ante las personas afectadas, y a garantizar que se adopten las medidas correctivas y reparadoras adecuadas (300). Hacer que los sistemas de salud mental rindan cuentas ante las personas que utilizan los servicios ayuda a garantizar la coherencia y el rendimiento con un enfoque basado en los derechos.

Esta sección propone disposiciones legislativas que garantizan y permiten el cumplimiento de la rendición de cuentas dentro de los sistemas de salud mental. La mayoría de estas disposiciones podrían introducirse en las leyes generales de salud, las leyes de derechos de los pacientes, la legislación sobre discapacidad o cualquier ley existente sobre salud mental.

2.7.1 Sistemas de información

Los sistemas de información pueden garantizar la protección tanto del acceso a la información como de la privacidad. Los gobiernos tienen la obligación de poner proactivamente en el dominio público la información de interés público y garantizar su acceso fácil, rápido, efectivo y práctico (301). Esto es importante para la rendición de cuentas y la transparencia en la toma de decisiones, así como para capacitar a las personas en su papel de fuentes de información y de participantes activos en la defensa del cambio.

La legislación puede garantizar que los servicios de salud mental recopilen, analicen y difundan datos e información para evaluar su propio rendimiento e identificar áreas de mejora. Estos datos también pueden utilizarse para comprender los determinantes sociales de la salud mental y promover la inclusión comunitaria. Al mismo tiempo, pueden ayudar a las personas a acceder a la información de sus propios registros (véase la [sección 2.1.5](#)), así como a la información sobre la toma de decisiones y las prácticas de las autoridades públicas. En muchos países, estas solicitudes pueden presentarse a través de peticiones de libertad de información.

Las *Orientaciones de la OMS sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos* (2021) proporcionan una serie de indicadores a nivel de población, servicio y personas, tanto dentro como fuera del sector sanitario (33). Además, el ACNUDH ha elaborado indicadores de derechos humanos sobre la CDPD como herramienta para facilitar la comprensión y aplicación de sus disposiciones, que pueden servir de referencia para orientar las acciones y medidas que deben adoptarse en la aplicación de un sistema de salud mental basado en los derechos (302).



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Deberían recogerse, desglosarse, compilarse y difundirse datos, también en formatos accesibles, sobre el uso y la variedad de servicios en materia de salud mental.
- Los datos sobre determinantes sociales de la salud deberían recopilarse de forma coherente en todos los sistemas y utilizarse de acuerdo con las normas de protección de datos.
- Toda persona tiene derecho a solicitar información o a consultar u obtener una copia de los documentos relativos a las autoridades, organismos o servicios públicos de salud mental.
- La información sobre la toma de decisiones por parte de las autoridades públicas en materia de salud mental y servicios relacionados debería estar disponible, incluyendo la transparencia de los motivos de las decisiones, las propuestas y aportaciones consideradas y la participación en la toma de decisiones.
- La autoridad de salud mental desarrollará indicadores diseñados para medir y evaluar el rendimiento y el impacto de los sistemas de salud mental a nivel nacional y subnacional, así como los avances en la aplicación de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos humanos.

2.7.2 Órganos de vigilancia independientes

La supervisión es un componente importante de la rendición de cuentas. Los países pueden tener diferentes marcos para supervisar los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental, como los organismos de supervisión de la salud mental, las instituciones nacionales de derechos humanos, los mecanismos nacionales de prevención y los órganos creados en virtud del artículo 33, párrafo 2 de la CDPD.

La legislación puede determinar el mandato y la composición de estos mecanismos para garantizar su independencia institucional, financiera y política. Los gobiernos también deberían considerar si desean disponer de un marco con jurisdicción nacional o de varios órganos que funcionen a nivel local, de distrito o regional en función de los límites administrativos existentes. Para avanzar en el objetivo de eliminar el ingreso y tratamientos involuntarios en los servicios de salud mental, es importante que los países revisen las funciones de los órganos de vigilancia existentes, así como de los tribunales que supervisan dichos procesos.

Es probable que las funciones de estos mecanismos varíen de un país a otro y que, en algunas jurisdicciones, complementen más que sustituyan el papel del tribunal. No obstante, se mencionan a continuación las importantes funciones de los órganos de vigilancia independientes:

- Realizar inspecciones periódicas y sin previo aviso de los centros o servicios de salud mental, públicos y privados, cuando se considere necesario. Durante dichas visitas, debería existir un acceso sin restricciones a todas las partes del servicio sanitario y a los historiales médicos de las personas usuarias del servicio, así como el derecho a entrevistar en privado a cualquier persona del servicio.
- Recibir y revisar periódicamente copias de informes de incidentes inusuales y registros de defunciones de los servicios de salud mental para permitir la revisión de las prácticas institucionales.
- Proporcionar orientaciones sobre la eliminación de la coerción en los servicios de salud mental y supervisar la aplicación de dichas orientaciones.
- Recopilar datos y estadísticas sobre la prestación de servicios, por ejemplo, sobre la duración de las hospitalizaciones, el uso de tratamientos e intervenciones específicos, las comorbilidades físicas, el suicidio y las muertes naturales o accidentales.
- Supervisar los planes de desinstitucionalización en salud mental y servicios sociales relacionados.
- Supervisar el tratamiento y el apoyo prestado en la comunidad; por ejemplo, por los servicios de respuesta a las crisis y los servicios de respiro.
- Supervisar la práctica de intervenciones importantes, invasivas o irreversibles; si están permitidas, garantizar que sólo se realizan con consentimiento libre e informado; si es necesario, reforzar las protecciones.
- Mantener registros de establecimientos de salud mental acreditados para el tratamiento ambulatorio y hospitalario, y establecer y aplicar normas de calidad y derechos humanos para dicha acreditación.
- Proponer sanciones administrativas y económicas por incumplimiento de las disposiciones legislativas, incluido el retiro de la acreditación y el cierre.
- Informar directamente al ministro o ministros competentes responsables de los servicios de salud mental.
- Formular recomendaciones al ministro o ministros en relación con las mejoras necesarias, ya sea mediante modificaciones de la legislación o del código de buenas prácticas.
- Sensibilizar sobre el enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos y apoyar programas de formación con este fin.
- Publicar los resultados periódicamente, tal y como especifica la legislación.
- Informar a los mecanismos regionales e internacionales de derechos humanos sobre la aplicación de los derechos humanos en el contexto de la salud mental.

Los países determinarán la composición y el número de representantes de estos mecanismos en función de las funciones que se les asignen y de la disponibilidad de recursos humanos y financieros. Dada la naturaleza del trabajo, deberían incluir, entre otros, a personas con experiencia vivida, en particular víctimas y personas supervivientes de violaciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental; personas con experiencia profesional diversa (por ejemplo, en salud mental, derechos humanos, trabajo jurídico y social); y defensoras de la comunidad. Las mujeres y los representantes de grupos minoritarios deberían estar adecuadamente representados.

2.7.3 Puesta en marcha de mecanismos efectivos de recurso y reparación

Las personas usuarias actuales y antiguas de los servicios deberían tener derecho a presentar denuncias e iniciar procedimientos judiciales sobre cualquier aspecto de la prestación de servicios de salud mental, incluidos el tratamiento, el comportamiento o la conducta. Deberían existir recursos efectivos para impugnar cualquier violación de los derechos humanos cometida en el contexto de dichos servicios, incluidas la privación de libertad, la institucionalización y otras prácticas coercitivas.

La legislación puede establecer los procedimientos para la presentación, investigación y resolución de denuncias. Dichos mecanismos deberían ser accesibles, fáciles de utilizar, rápidos, transparentes y eficaces. La información sobre los procedimientos de denuncia debería difundirse de forma destacada para que todas las personas usuarias de los servicios de salud mental, sus familiares y defensores estén informados de su pertinencia, aplicabilidad y de cómo y dónde presentar una denuncia.

Los mecanismos de denuncia y las investigaciones deberían ser sensibles a cada persona, teniendo en cuenta su género, edad, discapacidad y pertenencia a grupos marginados, para garantizar que las víctimas y supervivientes de violencia y abusos puedan y quieran denunciar con seguridad (303). Deberían establecerse medidas, formación y orientación específicas para permitir la notificación y la presentación de denuncias y evitar que sean desestimadas por parte de las autoridades judiciales basándose en cualquier prejuicio, incluidos los relacionados con el género, la discapacidad o la edad. Las investigaciones y los procedimientos subsiguientes deben llevarse a cabo en un entorno que ofrezca apoyo y adaptaciones para que la persona denunciante pueda participar a lo largo de los procesos sin riesgo de revictimización y retraumatización.

Las personas usuarias actuales y antiguas de los servicios deberían tener derecho a elegir y designar un representante personal o un asesor jurídico que las represente en cualquier reclamación o procedimiento judicial. Se puede proporcionar asistencia jurídica gratuita cuando la denuncia afecte a los derechos a la capacidad jurídica, la libertad, la integridad personal u otros derechos fundamentales (véase la [sección 2.8.2](#)). Las personas denunciantes también deberían tener acceso a apoyo y ajustes de procedimiento a lo largo de todas las fases del procedimiento, en caso necesario. Cuando proceda, los mecanismos de denuncia deberían prever el anonimato y la confidencialidad.

La legislación también puede garantizar que los responsables de las denuncias, como las instituciones nacionales de derechos humanos o los tribunales, ofrezcan recursos adaptados individualmente y que incluyan la reparación y el resarcimiento del daño sufrido. Además de tener acceso a atención y servicios adecuados, las víctimas y los supervivientes deberían tener derecho a restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición (304). Las decisiones derivadas de estos mecanismos también deberían expresarse en lenguaje y formatos accesibles, y deberían entregarse copias a las personas usuarias de los servicios y a sus abogados. A la hora de dar publicidad a las decisiones de las denuncias, debería tenerse debidamente en cuenta el respeto al derecho a la privacidad de quien reclama, así como de terceros. Las personas usuarias actuales y antiguas de los servicios deberían tener derecho a apelar.

Además, los países deberían considerar la posibilidad de establecer marcos nacionales de reparación y otro tipo de asistencia a las personas supervivientes y víctimas de violaciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental. Dichos marcos pueden facilitar la investigación independiente de las violaciones de los derechos humanos, la identificación de los problemas de justicia subyacentes, las actividades de sensibilización, las disculpas públicas formales y las reparaciones (285)⁹. Todas las medidas deberían adoptarse y aplicarse con la participación de las personas con experiencia vivida.

⁹ Para más información, véanse las Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia, CRPD/C/5, 2022.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Toda persona usuaria actual o antigua de un servicio de salud mental, o el/la representante que ella misma haya designado, tendrá derecho a reclamar por fallos en la prestación de atención, tratamiento y servicios a: (a) el médico responsable o el profesional de salud mental encargado del servicio; y si no queda satisfecho/a con la respuesta, a: (b) al órgano de vigilancia; y, si no está satisfecho/a con la respuesta, a: (c) la autoridad sanitaria – sin perjuicio del derecho de la persona a interponer cualquier recurso judicial.
- Toda persona usuaria actual o antigua de un servicio tiene derecho a un recurso judicial por cualquier violación de sus derechos en un servicio de salud mental.
- Los mecanismos de denuncia se aplican a las violaciones de los derechos individuales o colectivos en un servicio de salud mental o por parte de cualquier personal de salud mental.
- Las personas usuarias de los servicios recibirán ajustes razonables y de procedimiento, así como apoyo para acceder a los mecanismos de denuncia.
- Las personas usuarias actuales o antiguas del servicio recibirán asistencia jurídica gratuita en todas las reclamaciones y procedimientos judiciales relacionados con la capacidad jurídica, la libertad, la integridad personal y otros derechos humanos.
- Si una persona que recibe tratamiento en un servicio de salud mental fallece o es objeto de una lesión o un incidente notificable, se llevará a cabo inmediatamente una investigación independiente de las circunstancias del fallecimiento, lesión o incidente.
- Los responsables de las denuncias proporcionarán a las víctimas recursos, reparación y resarcimiento adecuados.

2.7.4 Responsabilidad civil profesional

Los proveedores de servicios desempeñan un papel importante en la transformación de la salud mental para todos y en la adopción de un enfoque basado en los derechos en todo el sistema. Como parte de su función, los proveedores de servicios tienen la obligación de respetar tanto los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental como el marco jurídico vigente. Cuando se transgrede una ley, la legislación debería prever sanciones civiles, administrativas o penales efectivas y reparaciones. Dichas sanciones deberían ser proporcionales a la gravedad del delito, la severidad del daño y las circunstancias de cada caso. Corresponde a cada país determinar el sistema adoptado en su legislación nacional para las infracciones y sanciones sanitarias y no sanitarias. La determinación de dichos sistemas de sanción debe ir acompañada de la educación sobre las responsabilidades y obligaciones de los proveedores de servicios, incluidos los profesionales de la salud, teniendo en cuenta al mismo tiempo la necesidad de formación en materia de derechos humanos (véase la [sección 2.4.8](#)).

La legislación sobre la responsabilidad civil profesional tiene importantes implicaciones para la prestación de servicios de salud mental. Mientras que la responsabilidad profesional por negligencia médica puede contribuir a garantizar que los proveedores de servicios sanitarios cumplan un nivel adecuado de atención y respeten los derechos de las personas, una regulación inadecuada de la responsabilidad puede obstaculizar los esfuerzos por eliminar las prácticas coercitivas en los servicios de salud mental. Por ejemplo, la responsabilidad por mala praxis puede llevar a que los proveedores de servicios se pasen de precavidos y recurran así a prácticas coercitivas. Del mismo modo, los profesionales de la salud que se enfrentan a una posible responsabilidad pueden optar por no trabajar con personas consideradas de alto riesgo de suicidio, comprometiendo así su acceso a servicios de salud mental y apoyo adecuados.

En este sentido, es importante que la legislación cree incentivos para la prestación de servicios de salud mental desde una perspectiva basada en los derechos. Debería quedar claro en la legislación sobre responsabilidad profesional y otras leyes pertinentes, que los profesionales sanitarios no serán considerados responsables de los actos de una persona cuando apliquen de buena fe y conforme a la ley prácticas no coercitivas basadas en evidencias; tampoco deberían ser considerados responsables por seguir unas directrices anticipadas válidas. Sin embargo, la legislación puede aclarar que el deber de asistencia se aplica cuando los profesionales sanitarios no ofrecen alternativas no coercitivas disponibles y, por tanto, deberían ser considerados responsables por no hacerlo.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Un profesional de la salud o de la salud mental no será responsable de las consecuencias imprevistas derivadas de seguir los procedimientos nacionales para aplicar intervenciones no coercitivas basadas en evidencias.
- Un profesional de la salud o de la salud mental no será responsable de las consecuencias imprevistas de seguir unas directrices anticipadas válidas.

2.8 Reforma intersectorial para una prestación de servicios holística

Como ya se ha señalado, la salud mental y el bienestar se ven influidos por múltiples factores sociales, políticos, económicos y ambientales, y tienen consecuencias de gran alcance en todos los aspectos de la vida de las personas. Por ello, los sistemas de salud mental por sí solos son insuficientes para lograr una verdadera transformación en la vida de las personas experimentando malestar emocional (33). Es necesaria una reforma en varios ámbitos del derecho para abordar las causas profundas del malestar emocional, los traumas y las crisis, a saber:

- racismo y xenofobia
- sexismo, homofobia y transfobia
- capacitismo
- edadismo
- abusos, traumas o abandono en la infancia
- violencia, abusos y delitos, incluidos el acoso y la violencia de género
- pobreza, inseguridad alimentaria y desventajas sociales
- atención sanitaria de mala calidad
- desempleo y falta de trabajo decente
- falta de vivienda o vivienda inadecuada
- infraestructuras de transporte deficientes
- falta de apoyo comunitario a las personas con discapacidad y a los cuidadores
- cambio climático.

Emprender tales reformas es responsabilidad de diversos sectores y organismos gubernamentales, incluidos aquellos relacionados con las infraestructuras, la educación, la sanidad, el empleo, la vivienda, los servicios sociales, la protección social, la justicia y el medio ambiente. Sin un compromiso de alto nivel para abordar los determinantes sociales de la salud mental, el impacto de las inversiones que los aborden será siempre limitado e insostenible.

La legislación sobre salud mental puede ayudar a garantizar la coordinación intersectorial para que las personas que utilizan los servicios de salud mental puedan recibir el apoyo que necesitan de otros sectores. Muchas personas enfrentan el malestar emocional viven en la pobreza, tienen menos oportunidades de educación y empleo y son sujetas a discriminación en materia de vivienda, protección social y acceso a la justicia. Por ello, es importante desarrollar servicios de salud mental que aborden estas importantes cuestiones vitales de forma sustancial y garanticen el apoyo simultáneo a todas las necesidades sociales no médicas (33).

A este respecto, esta sección propone importantes disposiciones legislativas que abordan la interfaz entre la salud mental y otros sectores. Sin embargo, como se ha destacado anteriormente, son necesarias otras reformas legislativas para abordar todos los determinantes sociales de la salud mental.

2.8.1 Promover la inclusión en la comunidad

Vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad es un derecho humano que la mayoría de la gente da por sentado. Sin embargo, a muchas personas se les niega este derecho sistemáticamente, ya sea porque viven en una institución o porque no cuentan con el apoyo adecuado para participar en la vida social y pública.

El artículo 19 de la CDPD reconoce la igualdad de derechos de todas las personas con discapacidad, incluidas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, a vivir en la comunidad y a tener opciones iguales a las de las demás. Insta a los gobiernos a adoptar medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho a todas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, así como su plena inclusión y participación en la comunidad. La mayoría de las medidas necesarias para lograrlo quedan fuera del ámbito de los servicios de salud mental y están relacionadas con otros sectores y programas. No obstante, es importante reconocer que las leyes, políticas y programas de salud mental han obstaculizado a menudo la vida independiente y la inclusión en la comunidad al limitar las opciones y el acceso a los servicios en la comunidad. Esto ha dado lugar a una historia de atención institucional, aislamiento, segregación y perpetuación del estigma y la discriminación contra las personas que utilizan los servicios de salud mental. Por lo tanto, los sistemas de salud mental deberían priorizar como objetivos esenciales la inclusión en la comunidad y la vida independiente, y contribuir proactivamente a su aplicación.

En las subsecciones siguientes se proponen disposiciones legislativas con estos objetivos. Muchas de estas disposiciones pueden encontrarse en la legislación sobre discapacidad, asistencia social, desarrollo local o protección social, y deberían complementarse con esfuerzos legislativos más amplios para aplicar el artículo 19 de la CDPD.

Reconocimiento del derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

También es importante adoptar medidas legislativas que reconozcan el derecho de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial a vivir de forma independiente y a formar parte de la comunidad, incluidas disposiciones que garanticen que las personas pueden elegir dónde y con quién vivir, y que no se les obligará a vivir en una institución psiquiátrica o de asistencia social.

El cumplimiento del derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad debería ser una responsabilidad multisectorial. Los sistemas de salud mental tienen la obligación de respetar y proteger este derecho, además de adoptar medidas positivas para garantizar su disfrute. El reconocimiento explícito de este derecho no sólo es una condición fundamental para su justiciabilidad, sino una puerta de entrada para que las comunidades busquen y desarrollen servicios y apoyos alternativos para sus miembros, basados en la comunidad.

La legislación también puede facilitar el acceso a servicios y apoyo comunitarios fuera del sistema sanitario. Por ejemplo, en Israel, la Ley de Rehabilitación en la Comunidad de Personas con Discapacidad Mental de 2000 ofrece un paquete de servicios y programas que incluye vivienda, empleo, educación de adultos, actividades sociales y de ocio, asistencia a las familias, atención dental y gestión de casos. La legislación puede garantizar además que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial no sean discriminadas a la hora de utilizar cualquier servicio, programa o instalación en la comunidad.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tienen derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás personas.
- La prestación de servicios de salud mental se diseñará para facilitar y apoyar que las personas que utilizan los servicios vivan, trabajen y participen activamente en la comunidad, con opciones iguales a las de los demás.
- El Ministerio de Asuntos Sociales y otros ministerios relacionados pondrán en marcha y financiarán adecuadamente una serie de servicios y programas de apoyo comunitario para favorecer la independencia y la inclusión en la comunidad de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. Estos servicios y programas estarán diseñados para permitir la elección y el control directos de los usuarios de los servicios sobre la atención y el apoyo que reciben.

Coordinación y acción multisectorial para la salud mental

La falta de apoyo y servicios en la comunidad, junto con la brecha crítica en el abordaje de los determinantes sociales de la salud mental, son las principales razones de la institucionalización. La fragmentación del apoyo y los servicios y, en particular, la estricta separación entre atención sanitaria y social, hace que a menudo algunas personas, especialmente las pertenecientes a grupos desfavorecidos o marginados, queden relegadas.

Debido a la correlación existente entre problemas de salud mental y las desventajas, como la pobreza, el desempleo y la falta de vivienda (305), muchos países han desarrollado programas que tratan de abordar estas cuestiones a través de sus sistemas de salud mental (10, 306, 307). Muchos de los programas tienen éxito; sin embargo, siempre existe el riesgo de que las intervenciones, al estar ancladas en el sistema sanitario, estén impregnadas de un enfoque medicalizado. Además, en muchos casos, estos servicios están segregados y, aunque pueden resolver necesidades urgentes de apoyo, no promueven la participación de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en todos los ámbitos de la vida comunitaria.

Una piedra angular de un sistema de salud mental basado en la elección y los derechos humanos es la existencia de una serie de servicios y ayudas comunitarios; entre ellos se incluyen, aunque no exclusivamente, programas relacionados con la vivienda, el empleo y la protección social, así como servicios de protección de la infancia y de apoyo a los supervivientes de la violencia. Deberían ser prestados por los respectivos sectores e integrar una perspectiva de derecho a la salud. De este modo, la salud mental y el bienestar se protegen y promueven en la labor del Estado en su conjunto, y los programas e iniciativas de los distintos sectores pueden contribuir a crear una sociedad que valore, promueva y apoye la salud mental y el bienestar, y acoja la diversidad psicosocial.

La ley puede ayudar a delimitar las responsabilidades sectoriales, los mecanismos de colaboración y las estructuras de coordinación, para aplicar un enfoque holístico de la salud mental. La colaboración y la coordinación entre los distintos sectores son cruciales para el cambio sistémico, ya que ningún sector puede abordar por sí solo los determinantes sociales de la salud mental. La reforma legislativa puede ser decisiva para facilitar la coordinación y la acción necesarias para garantizar que todos los sectores– incluidos la sanidad, la educación, la vivienda, la discapacidad, el trabajo y la asistencia social– trabajen juntos hacia un objetivo común.

Además, la legislación puede ayudar a aclarar el papel del sector sanitario en relación con las necesidades no médicas y no cubiertas de las personas que utilizan los servicios de salud mental. La ley puede ayudar a garantizar que las personas sean derivadas a otros servicios sociales y de apoyo con un seguimiento y control adecuados. La coordinación multisectorial en la prestación de atención y apoyo holísticos puede ayudar a responder mejor a las necesidades y objetivos cambiantes de las personas, mejorar las transiciones de la atención y maximizar los recursos disponibles. La participación de los órganos de aplicación y vigilancia creados en virtud del artículo 33 de la CDPD puede contribuir a generar un cambio de paradigma en la atención y el apoyo.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Todos los sectores tienen la responsabilidad de promover y apoyar la salud mental y el bienestar.
- Los objetivos de salud mental se integrarán en las políticas y programas sectoriales pertinentes.
- El gobierno nacional establecerá y creará un comité multisectorial que permita la colaboración intersectorial en materia de salud mental.
- Los sistemas de salud mental se coordinarán con otros sectores y con las autoridades locales pertinentes para garantizar la prestación de servicios de atención y apoyo holísticos e integrados en la comunidad.
- El Ministerio de Asuntos Sociales y otros ministerios relacionados promoverán el acceso a una serie de programas y prestaciones de protección social para las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.

Apoyo a organizaciones de personas con experiencia vivida

Las organizaciones de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial desempeñan un papel importante en la expresión, promoción, representación y defensa de los derechos e intereses de las personas con experiencia vivida. Pueden funcionar como organizaciones individuales, coaliciones o como parte de una organización coordinadora de personas con discapacidad.

La legislación puede crear un marco jurídico propicio para su establecimiento y funcionamiento; esto incluye proporcionar sistemas de registro accesibles y sin costes; la prestación de apoyo financiero y de otro tipo; y

el establecimiento de mecanismos formales para permitir la participación y ser consultado. Al prestar este apoyo, los países deben respetar la independencia de estas organizaciones y abstenerse de obstaculizar el ejercicio de su derecho a la libertad de asociación, tanto en la legislación como en la práctica.

Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial pueden estar insuficientemente representadas por las organizaciones pertinentes existentes en un país determinado debido a las importantes dificultades a las que se enfrentan para participar en la vida pública. Por lo tanto, la legislación puede incluir disposiciones para la aplicación de estrategias de divulgación destinadas a permitir la participación directa y voluntaria de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en los procesos públicos de toma de decisiones.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Las organizaciones de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial deberán tener acceso a una financiación adecuada y suficiente para apoyar sus actividades.
- Las organizaciones de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial podrán registrarse como personas jurídicas en igualdad de condiciones con las demás organizaciones.

Apoyo a las familias

Las familias tienen un impacto significativo en la vida de las personas con experiencia vivida. En muchos contextos, las familias son la principal fuente de apoyo y, en algunos casos, las únicas defensoras. Sin embargo, el apoyo familiar suele tener un coste elevado. El apoyo familiar no remunerado puede afectar a las relaciones sociales, los niveles de ingresos y el bienestar general del hogar (308). Esto afecta de manera desproporcionada a las mujeres y las niñas, que suelen ser las principales proveedoras de apoyo. Además, cuando las familias son la única fuente de apoyo, debido a la falta de alternativas, las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial pueden no tener elección o control sobre el apoyo que reciben.

La legislación puede crear la obligación de ofrecer información y servicios a las familias que prestan apoyo informal. Las familias pueden necesitar apoyo para comprender de forma positiva el malestar emocional y la diversidad, y para saber cómo apoyar a un familiar con un problema de salud mental o una discapacidad psicosocial, y respetar su voluntad y sus preferencias.

La legislación también puede obligar a los gobiernos a establecer servicios de apoyo específicos para las familias, como ayudas económicas, servicios de respiro, grupos de apoyo, asesoramiento o formación. Sin embargo, es importante que el apoyo a las familias no sustituya al apoyo a la persona, y que las personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial tengan acceso a un apoyo que responda a sus propios intereses y necesidades, de acuerdo con su voluntad y sus preferencias e independientemente de las de su familia.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Los gobiernos proporcionarán servicios de apoyo adecuados a los cuidadores familiares y no familiares de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. Dichos servicios incluirán asesoramiento, orientación, formación, respiro, grupos de apoyo y asistencia social y financiera, y no sustituirán ni excluirán el apoyo directo a la persona, de acuerdo con su voluntad y preferencias.

2.8.2 Acceso a la justicia

Demasiadas personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial se ven privadas de un acceso igualitario a la justicia. Muchas de ellas son procesadas y encarceladas, a menudo por delitos relativamente menores; a otras se les niega la oportunidad de acudir a los tribunales por violaciones de sus derechos humanos. En general, suelen gozar de menos protección procesal y sustantiva, lo que a menudo se traduce en denegación de justicia, encarcelamiento y tratamiento forzoso (309).

Transformar el sistema judicial para que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con las demás personas es un objetivo que queda fuera del alcance de esta Guía. Sin embargo, los sistemas de salud mental y de justicia están indiscutiblemente entrelazados, especialmente en el contexto del derecho penal. En la mayoría de los países, las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial están sobrerrepresentadas en el sistema de justicia penal y suelen ser víctimas de otros reclusos y del personal penitenciario (310, 311). Las personas de ascendencia africana, los Pueblos Indígenas y las minorías raciales, religiosas y étnicas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, en particular, se enfrentan a importantes disparidades en el sistema de justicia penal (312). Además, aquellas personas consideradas “incapaces de comparecer en juicio” o de comprender sus actos delictivos suelen ser internadas en centros de salud mental, sin las debidas garantías procesales y bajo regímenes estrictos, a veces indefinidamente. La legislación sobre salud mental establece a menudo procedimientos para hacer frente a estas situaciones, incluso dentro de los sistemas de salud mental forense.

Esta sección pretende reflexionar sobre estos retos e intersecciones, y propone disposiciones legislativas para garantizar que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tengan garantizado el derecho a un juicio justo en igualdad de condiciones con las demás personas, y el derecho a recibir los ajustes y el apoyo adecuados en el sistema judicial, incluido el acceso a la asistencia letrada y a servicios de salud mental de calidad. No obstante, es necesario seguir investigando y desarrollando en este ámbito para obtener mejores recomendaciones basadas en evidencia.

Reconocer y apoyar la capacidad jurídica para acceder a la justicia

El acceso efectivo a la justicia exige que los tribunales reconozcan la plena capacidad y el derecho de las personas a participar en todos los procedimientos judiciales. En la mayoría de las jurisdicciones, se utilizan términos como “incapacidad cognitiva” e “incapacidad mental” para restringir el derecho de una persona a iniciar un procedimiento o a comparecer en juicio. Esta “incapacidad” suele estar determinada o informada por profesionales de la salud mental mediante evaluaciones del estado funcional o mental.

En el contexto de un proceso penal, la evaluación de la “aptitud mental” para ser juzgado suele producirse antes del inicio del juicio, pero puede tener lugar en cualquier momento del mismo. Si una persona es declarada no apta para ser juzgada, la ley faculta al tribunal a trasladarla a un centro de salud mental para su tratamiento. El proceso penal no puede comenzar hasta que la persona recupere la aptitud, lo que puede ser un período indeterminado.

La noción de “aptitud para comparecer en juicio” tiene por objeto garantizar un juicio justo, de modo que nadie se enfrente a un juicio sin comprender la naturaleza, el objeto y las consecuencias del procedimiento judicial, o la capacidad de defenderse adecuadamente. Sin embargo, esto puede llevar a que se niegue el derecho a acceder a la justicia a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en igualdad de condiciones que las demás personas y a demostrar su inocencia. Además, las somete a una vía alternativa con menos garantías sustantivas y procesales, en la que pueden ser objeto de medidas que conlleven privación de libertad y tratamiento involuntario, a menudo de forma indefinida o durante períodos de tiempo significativamente más largos que si hubieran sido condenadas por un delito de acuerdo con las garantías del debido proceso.

En este sentido, es importante que el sistema judicial y el derecho penal reconozcan y asuman la plena capacidad jurídica y el derecho de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial a participar en los procedimientos de todos los juzgados y tribunales. Esto implicaría derogar las disposiciones que establecen y aplican las doctrinas de “inimputabilidad y falta de responsabilidad penal por razón de incapacidad”, que impiden comparecer en juicio a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.

Para garantizar su participación efectiva en todos los procedimientos judiciales, la legislación puede establecer el derecho exigible a recibir ajustes de procedimiento determinados individualmente. Se trata de las modificaciones y adaptaciones necesarias y apropiadas en el contexto del acceso a la justicia, cuando sean necesarias en un caso concreto, para garantizar la participación de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en igualdad de condiciones con las demás (313). A diferencia de los “ajustes razonables”, los “ajustes de procedimiento” no están limitados por el concepto de “carga desproporcionada o indebida” (313).

De este modo, las personas pueden contar con los ajustes y el apoyo necesarios para: i) comprender la naturaleza y el objeto de los procedimientos judiciales; ii) entender las posibles consecuencias de los procedimientos; y iii) comunicarse eficazmente con el asesor jurídico. Por ejemplo, los intermediarios o facilitadores pueden mejorar la comunicación clara entre las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial y los juzgados, tribunales y organismos encargados de hacer cumplir la ley para garantizar una participación segura, justa y efectiva y la oportunidad de participar plenamente en los procesos jurídicos (314).

Los Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad (agosto de 2020) ofrecen ejemplos de cómo realizar ajustes de procedimiento en el sistema de justicia penal (9).

Para garantizar el derecho a un juicio justo, la legislación también puede garantizar asistencia jurídica gratuita o asequible a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en todos los procesos y procedimientos legales relacionados con sus derechos fundamentales (315). La asistencia jurídica debería ser competente y estar disponible en el momento oportuno.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Todas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tendrán acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás. No se denegará a nadie el acceso a la justicia por razón de su estado de salud mental o discapacidad psicosocial.
- Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial gozarán de capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas con la misma capacidad en los juzgados y tribunales.
- Todas las personas sometidas a un proceso penal recibirán el mismo trato y tendrán las mismas oportunidades de responder a una acusación o presentar una defensa.
- Cuando sea necesario, las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial dispondrán de los ajustes de procedimiento individualizados adecuados para ejercer su capacidad jurídica y garantizar su acceso a la justicia.
- Los ajustes de procedimiento incluirán la presencia de intermediarios o facilitadores, ajustes y modificaciones de procedimiento, ajustes del entorno y apoyo a la comunicación para garantizar el acceso a la justicia.
- Se informará a todos los participantes en procedimientos judiciales de la disponibilidad de ajustes de procedimiento.
- No se privará a ninguna persona de atención y apoyo en materia de salud mental durante los procedimientos o investigaciones penales en su contra.
- Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tendrán derecho a recibir asistencia jurídica gratuita en todos los procedimientos y actuaciones judiciales, tanto penales como civiles, que afecten a los derechos a la vida, a la capacidad jurídica, a la libertad, a la integridad personal, a una vivienda digna y a la integridad familiar.
- Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tienen derecho a participar en la administración de justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso como jueces, abogados, fiscales, testigos, jurados, peritos y funcionarios judiciales.
- En casos que involucren a niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, los tribunales iniciarán un proceso para determinar la necesidad de ajustes de procedimiento y su provisión. Cuando sea necesario, se establecerán salvaguardias en función de la evolución de las facultades del niño, la niña o adolescente y de su derecho a ser escuchados.

Participación de la policía

La legislación puede contribuir a garantizar un papel constructivo y útil de la policía con respecto a las personas que tienen malestar emocional y crisis intensas. La policía tiene la responsabilidad primordial de mantener el orden público al tiempo que defiende los derechos humanos de la ciudadanía. En el cumplimiento de su función, los agentes de policía intervienen a menudo en el lugar de una emergencia o crisis para prestar ayuda. Pueden producirse incidentes violentos, en los que las personas experimentan un malestar emocional intenso o resultan heridas grave o mortalmente, especialmente entre quienes pertenecen a minorías étnicas y raciales.

La legislación puede ayudar a limitar la intervención policial en las situaciones de crisis y, cuando sea inevitable, garantizar que esté libre de discriminación y del uso discriminatorio de la fuerza basado en condiciones de salud mental o discapacidad psicosocial reales o percibidas. Por ejemplo, la legislación puede obligar a la creación de servicios de respuesta a las situaciones de crisis para proporcionar un apoyo adecuado que no esté relacionado con la participación de la policía o las fuerzas del orden y sea independiente de ellas (véase la [sección 2.3.3](#)).

La legislación también puede aumentar la seguridad en los encuentros con las fuerzas del orden obligando a proporcionar ajustes de procedimiento a las personas que experimenten el malestar emocional o percepciones inusuales en el momento de la intervención policial en el proceso de justicia penal, incluso durante una detención. Las adaptaciones deberían incluir ajustes de procedimiento y apoyo a la comunicación. La intervención policial también debería guiarse por principios antirracistas, de desescalada y de información sobre el trauma, con fácil acceso a un servicio de apoyo en caso de crisis para obtener asesoramiento.

En muchas jurisdicciones, la legislación obliga a la policía a llevar a una persona a un servicio de salud mental hospitalario durante una situación de crisis, con el objetivo de evitar el malestar emocional intenso que a menudo se experimenta al entrar bajo custodia policial y en el sistema de justicia penal. Sin embargo, como se expone en la sección siguiente, las prácticas de derivación a un servicio de salud mental deben aplicarse en consonancia con las normas de la CDPD.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- La intervención policial debe respetar los derechos y la dignidad de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.
- Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial tienen derecho a no ser discriminadas y a que no se haga uso de la fuerza o coerción por motivos de salud mental o discapacidad psicosocial durante una intervención policial.
- Los agentes de policía velarán por que se realicen ajustes de procedimiento a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial durante cualquier intervención policial.
- Los agentes de policía recibirán formación y asistencia adecuadas para reducir las situaciones difíciles en las que estén implicadas personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, y minimizar la necesidad de recurrir al sistema de justicia penal.

Derivación del sistema de justicia penal

Existe una creciente preocupación mundial por la sobrerrepresentación de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en los centros de privación de libertad, especialmente entre quienes pertenecen a minorías étnicas y raciales. Demasiadas personas son procesadas y encarceladas, a menudo por delitos relativamente menores. Esto es consecuencia de muchos factores, entre otros, la existencia de legislación discriminatoria que establece menos garantías sustantivas y procesales; la aplicación de leyes que penalizan las conductas que ocasionan molestias; las ideas erróneas generalizadas sobre la salud mental y la violencia; la intolerancia en la sociedad hacia las conductas diferentes, difíciles o perturbadoras; la no disponibilidad o disponibilidad reducida de servicios de apoyo; y la discriminación sistémica contra los grupos marginados.

Muchos países han adoptado leyes que derivan a las personas delincuentes con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial del sistema penal tradicional al sistema de salud mental. Estas iniciativas ofrecen alternativas de tratamiento a las sanciones penales para las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial que han entrado en conflicto con la ley. El objetivo es reducir las tasas de encarcelamiento y la probabilidad de reincidencia delictiva.

Aunque existe una amplia gama de modelos de derivación de salud mental en todas las jurisdicciones, pueden clasificarse en términos generales como programas de derivación previos a la imputación y programas de derivación posteriores a la imputación (316). Los primeros implican la derivación antes de la formulación de una acusación penal, por lo que la persona no es acusada de un delito, sino que es derivada a los servicios de salud mental sin más intervención de la justicia penal. Los segundos implican la derivación después de que la persona haya sido detenida y encarcelada o acusada de un delito. Los sistemas de salud mental son fundamentales para el funcionamiento de ambos tipos de programas (316).

El desarrollo de programas de derivación es todavía relativamente nuevo y no hay pruebas suficientes sobre sus efectos en la reducción de la reincidencia y el encarcelamiento entre las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial (316 a 318). Sin embargo, cada vez preocupa más que estos programas no aborden las desigualdades estructurales subyacentes que conducen a la criminalización (por ejemplo, el estigma, la discapacidad, el racismo, la pobreza, la falta de apoyo comunitario, etc.) y que a menudo recurran a enfoques medicalizados y prácticas coercitivas contrarias a los derechos humanos (319). Las personas pueden permanecer fuera de la cárcel, pero, no obstante, ser sometidas a control y coerción, como las órdenes de tratamiento comunitario. De hecho, en muchos programas de derivación, si las personas no cumplen las órdenes de tratamiento impuestas, pueden volver al sistema de justicia penal. Así pues, existe el riesgo de que aumente, en lugar de disminuir, el número de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial bajo control estatal.

Es urgente replantearse cómo puede evitarse la detención de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial bajo custodia policial o en prisión, abordando al mismo tiempo la estigmatización y las prácticas contrarias a los derechos humanos. Los países deberían considerar detenidamente los posibles beneficios y perjuicios de la aplicación de programas de derivación dentro de sus jurisdicciones, y con la participación de las personas con experiencia vivida (véase la [sección 2.6](#)). Sin embargo, cuando se consideren parte integrante de esfuerzos más amplios para adoptar estrategias anticarcelarias, la legislación debería garantizar que los programas de derivación:

- (i) se utilicen únicamente cuando existan pruebas suficientes de que la persona ha cometido el presunto delito (es decir, cuando existan motivos razonables, basados en las pruebas disponibles);

- (ii) se ofrezcan de forma gratuita y voluntaria, sobre la base de una información adecuada acerca de la naturaleza, el contenido y la duración del programa;
- (iii) estén orientados a la prestación de apoyo comunitario centrado en la persona y basado en los derechos y en la justicia reparadora; y
- (iv) no impliquen una atención de la salud mental coercitiva ni un control social.

Evitar que las personas “de riesgo” con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial entren en el sistema de justicia penal requiere un cambio sistémico a largo plazo para corregir las desventajas acumuladas y los resultados desiguales que afectan a estos grupos. También es importante que los países revisen su legislación penal para garantizar que los comportamientos atípicos (por ejemplo, “crisis”, estimulación, gritos o autolesiones) y los comportamientos de supervivencia derivados y perpetuados por la pobreza o la falta de hogar (por ejemplo, mendigar, dormir en espacios públicos, vagabundear) no sean considerados actividades delictivas (320). La relación entre la pobreza, la falta de hogar y los problemas de salud mental es bien conocida.

Responsabilidad penal

Hasta la fecha, la repercusión de la CDPD en la responsabilidad penal sigue estando muy poco estudiada tanto en el ámbito de la discapacidad como en el jurídico. Se trata de un ámbito de frecuente interacción entre las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, el sistema de justicia penal y los sistemas de salud mental.

En la mayoría de los países, la legislación tiene en cuenta el estado mental de la persona acusada en el momento de cometer el delito a la hora de determinar su responsabilidad penal. Si el tribunal considera que la persona acusada no apreció la naturaleza y las consecuencias de sus actos debido a una afección o problema de salud mental, puede ser declarada no culpable. Sin embargo, la legislación aún puede ordenar una “medida de seguridad” que implique el ingreso en un centro forense o un tratamiento comunitario obligatorio, a menudo basándose en consideraciones de “peligrosidad” (309). Esto contradice aparentemente el principio de no punibilidad sin culpabilidad y, en realidad, las personas sometidas a medidas de seguridad pueden pasar períodos de privación de libertad más largos que las declaradas culpables de los mismos delitos.

Por estas razones, varias partes interesadas han pedido que se revise la legislación sobre responsabilidad penal y medidas de seguridad para garantizar que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial gocen de las mismas garantías sustantivas y procesales que cualquier otra persona (321, 322). Esto incluye derogar las declaraciones de “inimputabilidad y falta de responsabilidad penal por razón de incapacidad” y sus correspondientes medidas de seguridad (323 a 326). Algunos expertos en materia de derechos humanos han propuesto sustituirlas por el uso de eximentes penales generales y requisitos previos de responsabilidad penal, como el “error de hecho” o la “coerción” (321, 322, 327). También se han sugerido como alternativa los sistemas de justicia reparadora y las medidas no privativas de libertad (321).

Aunque cada vez hay más voces que piden que se aborde esta cuestión, no hay consenso sobre cómo legislar adecuadamente los sistemas de atribución de responsabilidad penal, de modo que respondan a los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial (328). Se trata

de un ámbito que requiere una atención y un debate minuciosos, así como aportaciones significativas de personas con experiencia vivida. Mientras tanto, es crucial garantizar que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial disfruten de todas las garantías sustantivas y procesales reconocidas en el derecho internacional, en igualdad de condiciones con las demás.

Personas presas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial

La legislación puede desempeñar un papel fundamental en el reconocimiento de la obligación de proporcionar a las personas presas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial ajustes y apoyo adecuados, incluido el acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Dichas personas, incluidas las que se encuentran en centros de detención de personas migrantes, deberían disfrutar de los mismos niveles de atención sanitaria que los demás miembros de la comunidad, y deberían tener acceso a los servicios de forma gratuita y sin discriminación (329). Esto incluye el derecho a dar su consentimiento libre e informado antes de cualquier intervención médica, a dar instrucciones anticipadas sobre su voluntad y a acceder a mecanismos de apoyo para la toma de decisiones. Las visitas a prisiones y otros centros de detención deberían ser una práctica habitual de los equipos comunitarios para garantizar un acceso equitativo a la atención centrada en la persona y la continuidad terapéutica.

La legislación también puede contener disposiciones que garanticen un acceso rápido a la atención médica en casos urgentes (330). Las personas presas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial que requieran tratamiento especializado o cirugía deberían ser trasladadas a otros centros de salud si no pueden ser tratadas adecuadamente, y en igualdad de condiciones que las demás, dentro de la prisión. Tales medidas deberían basarse en su consentimiento libre e informado.

El tiempo transcurrido en el traslado de una persona detenida en la cárcel a un hospital, sumado a su estancia allí y luego de vuelta a la cárcel debería ser considerado como parte de su sentencia. Además, dichas personas sólo deberían permanecer en el hospital mientras dure su condena. Un órgano de vigilancia independiente debería supervisar periódicamente la situación de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en las prisiones y otros centros de detención, de conformidad con el artículo 16, párrafo 3 de la CDPD y el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial deberían formar parte de estos mecanismos de vigilancia.

Formación para la administración de justicia

Los países pueden adoptar leyes que garanticen la formación en materia de salud mental basada en los derechos de todos los funcionarios de la justicia, incluida la policía, los funcionarios judiciales, los abogados, los profesionales de la salud, los expertos forenses, los profesionales de servicios a las víctimas, los trabajadores sociales y el personal de libertad condicional, prisiones y detención de menores.

La legislación puede establecer el requisito de que las personas que trabajan en la administración de justicia participen en cursos de formación basados en los derechos humanos, que incluyan los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, así como la realización de ajustes de procedimiento. La legislación puede garantizar además que las personas con experiencia vivida y las organizaciones que las representan participen en el desarrollo y la presentación de dicha formación.



Ejemplos de lo que puede decir la ley

- Todos los funcionarios de justicia y el personal que trabaje en el sistema judicial recibirán programas de sensibilización y formación que aborden el enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos.
- Todos los agentes de policía recibirán formación específica sobre: i) lucha contra los prejuicios implícitos, los estereotipos y los perfiles basados en el sexo, el origen étnico o nacional y la raza, y la discapacidad; ii) principios y técnicas de reducción de la tensión; y iii) ajustes de procedimiento y adecuados a la edad.
- Las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial y sus organizaciones representativas participarán en el desarrollo e impartición de toda la formación. La financiación de la sensibilización y la formación en materia de salud mental se incluirá en el presupuesto del sistema de justicia.

Capítulo 3.

Desarrollo, aplicación y evaluación de una legislación sobre salud mental basada en los derechos

Introducción

Los procesos de elaboración y aplicación de la legislación sobre salud mental son tan importantes para los derechos humanos como el contenido de la propia ley. En el capítulo 3 se explica cómo se puede incorporar un enfoque basado en los derechos humanos a la legislación y se esbozan los pasos que deberían dar los países antes de embarcarse en los procesos de redacción, adopción, aplicación y evaluación. Se hace hincapié en la obligación de cada país de implicar y consultar activamente a las personas con experiencia vivida y a las organizaciones que las representan.

El capítulo subraya la importancia de comprender el marco del derecho internacional de los derechos humanos antes de iniciar un proceso de reforma. También se ofrece orientación sobre la realización de un examen exhaustivo de la legislación sobre salud mental y la evaluación de los principales obstáculos para lograr una atención de la salud mental basada en los derechos. Se ofrecen ideas para redactar y debatir una propuesta legislativa, identificar los puntos de entrada para la promoción y la movilización, y garantizar la colaboración y el compromiso entre las diversas partes interesadas. Además, el capítulo considera la aplicación y evaluación de la ley, destacando consideraciones vitales para estos procesos.

Es importante señalar que las prácticas expuestas y debatidas sólo sirven como referencia orientativa: los procesos de legislación dependerán de las normas, costumbres y contextos nacionales.

3.1 Participación de las partes interesadas y creación de consenso

El proceso de fomentar la colaboración inclusiva y el consenso es primordial para una legislación eficaz en materia de salud mental. En esta sección se esbozan dos aspectos: la participación de todas las partes interesadas pertinentes, incluidas las personas con experiencia vivida, y la creación de consenso y voluntad política entre estos diversos participantes. Al incorporar una amplia gama de perspectivas y

cultivar un entendimiento compartido de objetivos y valores, los responsables políticos pueden garantizar que el marco jurídico resultante no sólo sea exhaustivo y esté bien informado, sino que también goce de un fuerte apoyo de todas las partes implicadas, promoviendo en última instancia una aplicación eficaz y resultados positivos para la comunidad.

3.1.1 Implicación activa de todas las partes interesadas, incluidas las personas con experiencia vivida

Aunque las iniciativas pueden estar encabezadas por una serie de organismos gubernamentales, jurídicos, profesionales y de la sociedad civil, personas con experiencia vivida y otros individuos o grupos, es importante implicar al mayor número posible de partes interesadas. Las partes interesadas pueden ser políticos, responsables de la formulación de políticas, ministerios gubernamentales (sanidad, bienestar social, derecho y hacienda), personas con experiencia vivida, profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos y trabajadores sociales), familiares, organizaciones de defensa, proveedores de servicios, organizaciones no gubernamentales, grupos de derechos civiles, organizaciones religiosas, congregaciones de determinadas comunidades e instituciones académicas y de investigación. En algunos países también puede ser necesario incluir a líderes comunitarios y curanderos tradicionales.

La participación de las personas con experiencia vivida, incluidas las víctimas y supervivientes de abusos de los derechos humanos por parte de los servicios de salud mental, es especialmente importante en cada fase legislativa. Las partes interesadas deberían esforzarse por lograr el mayor nivel posible de participación desde el principio, incluso en la planificación y el diseño conjuntos de las actividades. La participación directa de estos grupos ayuda a garantizar que cualquier reforma legislativa se construya a partir de la experiencia de primera mano y se beneficie de sus conocimientos y experiencia colectivos.

A la hora de implicar a las personas con experiencia vivida en el proceso de reforma, es fundamental colaborar directamente con las organizaciones que las representan, ya que estas organizaciones actúan como organismos intermediarios y desempeñan un papel fundamental en la defensa de sus derechos (331). Aunque las organizaciones coordinadoras de personas con discapacidad o las instituciones nacionales de derechos humanos pueden ayudar a identificar a las organizaciones de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, es importante tener en cuenta que las organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios o abogan en su nombre no pueden considerarse como tales (332).

En los países donde existen lagunas de representación, las partes interesadas deberían dirigirse directamente a las personas y grupos de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, y colaborar con las organizaciones nacionales, regionales e internacionales de personas con discapacidad, que pueden tener miembros o contactos a nivel local (333). Es esencial dar espacio a las diversas voces de las personas con experiencia vivida.

Algunas personas pueden necesitar apoyo para participar activamente en el proceso de reforma. Pueden no estar familiarizadas con los procedimientos legislativos o la terminología jurídica, o sentirse incómodas al expresar públicamente sus opiniones debido a experiencias traumáticas, a la marginación social o a la presencia de profesionales de la salud mental. Para facilitar la participación, es importante crear espacios seguros y de apoyo, abordar los desequilibrios de poder y tomar medidas deliberadas para igualar la influencia. El desarrollo de capacidades y el apoyo financiero también pueden ser necesarios para garantizar una participación significativa.

3.1.2 Creación de consenso y voluntad política

El proceso de creación de consenso para la legislación sobre salud mental debería comenzar lo antes posible para que puedan incorporarse los distintos puntos de vista y facilitarse su posterior aplicación. El consenso en torno a las cuestiones en juego es fundamental para el éxito de cualquier reforma legislativa.

La creación de consenso y la negociación no sólo son importantes para el proceso de redacción de la legislación, sino también para garantizar su aplicación una vez adoptada. También es necesario un amplio consenso porque un enfoque de la legislación sobre salud mental basado en los derechos humanos está destinado al fracaso si no se abordan las ideas erróneas, los temores y las opiniones incapacitantes de la sociedad en relación con la salud mental y la discapacidad psicosocial. Desgraciadamente, la salud mental sigue estando rodeada de un estigma y una discriminación considerables que, si no se abordan, dificultarán su aplicación. Como parte del proceso de creación de consenso y confianza entre las partes interesadas, es importante reconocer públicamente el daño causado a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial por los sistemas de salud mental. Reconocer el legado negativo de las múltiples violaciones de los derechos humanos que se han producido en estos espacios ayudará a avanzar en la erradicación de los valores y prácticas subyacentes.

En muchos países, la falta de comprensión de la CDPD y del enfoque basado en los derechos humanos entre las partes interesadas puede provocar resistencia a la hora de avanzar en las reformas, oposición a la legislación durante su tramitación e incluso el debilitamiento de la misma una vez aprobada. Por lo tanto, es esencial que todas las partes interesadas principales –los profesionales de la salud mental, los trabajadores sanitarios, los proveedores de servicios públicos y privados, los agentes de policía y judiciales, los medios de comunicación, las comunidades y las familias– estén debidamente informados y formados sobre los enfoques de la salud mental basados en los derechos humanos. Dedicar tiempo y recursos a ello con suficiente antelación a los esfuerzos de reforma legislativa facilita todos los procesos legislativos.

3.2 Un análisis de la legislación y la política vigentes basado en los derechos

Antes de embarcarse en la redacción de la legislación, cuatro pasos preliminares pueden ser útiles para decidir el contenido: i) estudiar los últimos avances relacionados con las convenciones y normas internacionales de derechos humanos; ii) examinar el marco jurídico existente para analizar en qué medida cumple o no las normas internacionales de derechos humanos, al tiempo que se identifican los elementos específicos que faltan o necesitan reforma; iii) comprender las necesidades del país relacionadas con la salud mental y los obstáculos para la aplicación de políticas, planes y programas de salud mental basados en los derechos; y iv) aprender de las lecciones y experiencias de otros países.

3.2.1 Estudiar las obligaciones en virtud de los convenios y normas internacionales

Un paso inicial en el proceso de legislación es que los países comprendan sus obligaciones en virtud de la legislación internacional sobre derechos humanos ([recuadro 9](#)). Los países que han ratificado los tratados internacionales de derechos humanos se han comprometido a proteger, respetar y cumplir estos derechos (véase la [sección 1.4](#)) y deben tener plenamente en cuenta sus obligaciones durante la planificación de cualquier legislación relacionada con la salud mental. Por lo tanto, es importante que todos los actores implicados reciban formación sobre un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos.

Recuadro 9 **Obligaciones de derechos humanos en materia de salud mental**

Instrumentos básicos de derechos humanos:

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.
- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.
- Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas.

Recuadro 9

Obligaciones de derechos humanos en materia de salud mental [cont.]

Resoluciones del Consejo de Derechos Humanos:

- Resolución A/HRC/32/18, salud mental y derechos humanos, adoptada por el Consejo de Derechos Humanos el 1 de julio de 2016.
- Resolución A/HRC/RES/36/13, salud mental y derechos humanos, adoptada por el Consejo de Derechos Humanos el 28 de septiembre de 2017.
- Resolución A/HRC/RES/43/13, salud mental y derechos humanos, adoptada por el Consejo de Derechos Humanos el 19 de junio de 2020.
- Resolución A/HRC/RES/52/12, salud mental y derechos humanos, adoptada por el Consejo de Derechos Humanos el 3 de abril de 2023.

Titulares de mandatos de procedimientos especiales de la ONU:

- Relatora Especial de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Relator Especial de la ONU sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Entidades de la ONU:

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).
- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES).
- Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad.

3.2.2 Identificar los obstáculos a la atención de la salud mental basada en los derechos

Un segundo paso consiste en obtener información fiable sobre las principales preocupaciones del país en relación con la salud mental, así como sobre los obstáculos existentes o probables para la aplicación de políticas, planes y programas de salud mental basados en los derechos. Existen muchas fuentes de información y pruebas sobre la situación de un país determinado:

- Datos desglosados por países procedentes de los sistemas nacionales de información sanitaria.
- Estudios nacionales cuantitativos o cualitativos, por ejemplo, estudios epidemiológicos comunitarios.
- Informes de instituciones nacionales de derechos humanos, otros órganos de vigilancia y sentencias de tribunales nacionales relacionadas con la salud mental.
- Informes de organizaciones de la sociedad civil, incluidas organizaciones de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.
- Otros informes pertinentes, por ejemplo, informes nacionales a los órganos de tratados, así como informes del sistema de órganos de tratados o de los titulares de mandatos de los Procedimientos Especiales del Consejo de Derechos Humanos.
- Informes nacionales de la ONU, por ejemplo, de mecanismos de derechos humanos, equipos nacionales o entidades de la ONU.

Es necesaria una evaluación crítica de la bibliografía existente para reconocer y abordar los prejuicios y los desequilibrios de poder en la investigación, que a menudo favorecen a los países de ingresos altos y las perspectivas biomédicas, cuantitativas y no basadas en la experiencia vivida (334). También es esencial comprender las barreras y los obstáculos a los que se enfrentan las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. Aunque la legislación relacionada con la salud mental no puede garantizar la aplicación de la CDPD, identificar las barreras y restricciones en otras leyes es importante a la hora de buscar soluciones jurídicas a los retos relacionados con la salud mental. El [recuadro 5](#) ilustra ejemplos de los retos que pueden abordarse mediante esfuerzos legislativos, e identifica áreas prioritarias para una reforma legislativa más amplia.

La organización de grupos de discusión con personas con experiencia vivida y otras partes interesadas puede ayudar a identificar y comprender los retos y las lagunas más importantes, sobre todo cuando los datos son escasos o existen importantes lagunas de información.

3.2.3 Revisión exhaustiva de la legislación nacional y de las buenas prácticas

El tercer paso consiste en llevar a cabo una revisión exhaustiva de la legislación nacional para determinar la necesidad de nuevas leyes e identificar aquellas que requieren una revisión o derogación debido a incoherencias con las obligaciones en materia de derechos humanos. Cualquier revisión debería ser rigurosa y exhaustiva, y reconocer la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos. Dependiendo del sistema político del país, puede estar dirigida por distintos organismos, como una comisión especial independiente, una institución nacional de derechos humanos o una comisión parlamentaria (335).

El mapeo de la legislación existente varía considerablemente de un país a otro. Algunos tendrán una larga historia de legislación sobre salud mental, mientras que otros pueden estar desarrollándola por primera vez. Las leyes de salud mental independientes existentes deben examinarse cuidadosamente en relación con las normas de derechos humanos más recientes, en particular la CDPD. Además, deben identificarse y evaluarse los componentes de otras leyes que guardan relación con la salud mental. Esta revisión exhaustiva proporcionará una visión general de los diferentes sectores que contribuyen a las políticas y programas de salud mental basados en los derechos, y ayudará a determinar qué leyes pueden necesitar una revisión.

Aunque algunos países cuenten con disposiciones adecuadas en la legislación vigente, su aplicación puede ser carente. En tales casos, puede ser necesario analizar los motivos y si es necesario reforzar o crear sistemas de rendición de cuentas, vigilancia y denuncia dentro de la ley. En otras ocasiones, los problemas de aplicación pueden deberse a la insuficiencia de los recursos asignados, lo que también puede exigir cambios legislativos.

La lista de verificación sobre legislación en materia de salud mental basada en los derechos (que figura al final de esta Guía) es una herramienta útil para determinar los puntos fuertes y débiles de la legislación vigente, y para identificar qué disposiciones deben considerarse para su inclusión en nuevas leyes.

3.2.4 Revisión de la legislación y buenas prácticas de otros países

Revisar la legislación de otros países relacionada con la salud mental y la discapacidad ayuda a identificar los componentes que suelen estar cubiertos por la ley, así como las buenas prácticas y las medidas eficaces. Sin embargo, es importante tener en cuenta las variables sociales, económicas y culturales específicas de un país, ya que algunas disposiciones pueden no ser aplicables o requerir modificaciones. Es esencial centrarse en todo momento en el cumplimiento de los derechos humanos.

Muchos países siguen contando con una legislación obsoleta que no refleja las obligaciones más recientes en materia de derechos humanos. Por lo tanto, cualquier revisión debería centrarse en los países con una legislación progresista que incorpore las normas internacionales de derechos humanos y los conocimientos actuales en el ámbito de la atención y el apoyo a la salud mental, como se indica a lo largo de esta Guía. También debería examinar a fondo el impacto de la legislación en la mejora de la situación de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en esos países. Los motivos del fracaso pueden ser una legislación mal redactada o dificultades de aplicación derivadas de disposiciones legislativas que no tienen en cuenta las realidades prácticas ni las experiencias vividas por los titulares de derechos en el país.

Un recurso útil para acceder a la legislación relacionada con la salud mental de distintos países es la MiNDBank de la OMS¹⁰, una plataforma en línea que reúne recursos, legislación y políticas nacionales e internacionales sobre salud mental, abuso de sustancias, discapacidad, salud general, derechos humanos y desarrollo. El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU también ha sistematizado las leyes sobre discapacidad por países (336). Hay que tener en cuenta que la legislación disponible en las bases de datos puede no reflejar las últimas normas de derechos humanos.

¹⁰ Véase: <https://extranet.who.int/mindbank/#>.

3.3 Redacción de la legislación

Una vez adquirida una comprensión cabal de los marcos jurídicos internacionales y nacionales, así como de los problemas específicos de salud mental del país, será necesario determinar si se procede a redactar la legislación. El proceso de redacción puede correr a cargo de una comisión parlamentaria o de un grupo de trabajo, o ser dirigido por un departamento gubernamental, en función de las prácticas legislativas de cada jurisdicción. Independientemente del organismo que dirija el proceso, es fundamental consultar ampliamente el borrador de la propuesta con las distintas partes interesadas, en particular con las personas con experiencia vivida.

Esta sección aborda estas dos actividades fundamentales: i) el proceso de redacción en sí, que difiere según los países; y ii) la consulta general sobre el borrador de la propuesta con las distintas partes interesadas.

3.3.1 El proceso de redacción

El proceso de redacción de la nueva legislación varía de un país a otro en función de las estructuras legislativas, administrativas y políticas concretas. Por lo general, éstas estarán bien establecidas y deberían seguirse a la hora de elaborar la legislación.

En algunos países, el poder legislativo o el ministerio competente nombra un comité específico para redactar la ley; en otros, una comisión legislativa u organismo similar asume esta responsabilidad. En los países que carecen de estructuras claramente definidas para redactar la nueva legislación, los ministerios de salud o justicia pueden desempeñar un importante papel de facilitación. Además, algunas jurisdicciones cuentan con disposiciones para que la sociedad civil presente una iniciativa ciudadana a través de una petición respaldada por un número determinado de votantes registrados, lo que permite una mayor participación pública en la configuración de las políticas de salud mental.

La presencia de expertos considerables y diversos es fundamental para el proceso de redacción y garantiza que la ley resultante sea exhaustiva, se adhiera a un enfoque basado en los derechos humanos, tenga plenamente en cuenta toda la información y las perspectivas pertinentes y se adapte a las circunstancias locales. Si se nombra a un comité o grupo de expertos para redactar la legislación, es esencial implicar a una amplia gama de partes interesadas, incluidas las organizaciones de personas con experiencia vivida, y proporcionar un mandato para implicar a otras personas que posean los conocimientos necesarios y representen diferentes intereses.

3.3.2 El proceso de consulta

El proceso de consulta sigue al de redacción y permite que las partes interesadas hagan aportaciones adicionales que influyan en la legislación final. La consulta ayuda a detectar posibles deficiencias, resolver conflictos con la legislación vigente o las prácticas locales, abordar cuestiones que pueden haberse omitido inadvertidamente y encontrar soluciones a dificultades prácticas de aplicación.

Las distintas formas de consulta pueden ir desde la reglamentaria a la informal. Se recomienda un proceso que cuente con distintos pasos y siga tres etapas:

1. Publicación del borrador del documento en el boletín oficial del gobierno o en la página web oficial del parlamento, invitando al público a hacer comentarios y aportaciones. Este paso debería incluir invitaciones directas a las principales partes interesadas para que realicen aportaciones por escrito ([recuadro 10](#)).
2. Celebrar reuniones y talleres de consulta pública nacionales y regionales para analizar y debatir las objeciones o sugerencias importantes y más frecuentes sobre el proyecto legislativo. Se necesitarán recursos humanos y financieros adecuados para garantizar que el proceso de consulta sea inclusivo, accesible y abierto. Debido a los desequilibrios de poder entre las personas con experiencia vivida y los profesionales de la salud mental, es importante crear espacios seguros para que estas personas puedan compartir sus comentarios de forma confidencial. Todas las opiniones recibidas deben examinarse detenidamente y deben introducirse los cambios oportunos.
3. Tras el proceso de consulta, el órgano de redacción debería publicar un informe en el que se documenten las sugerencias, objeciones y consultas recibidas, así como sus respuestas. Las opiniones de las personas con experiencia vivida, en particular las de las víctimas y supervivientes de abusos de los derechos humanos en los sistemas de salud mental, deberían tener un peso significativo. La documentación de estas aportaciones e intercambios ayudará a clarificar el trasfondo y la lógica de las disposiciones legislativas finales.

Recuadro 10

Ejemplos de partes interesadas a las que se invitará a formar parte de la consulta sobre la legislación propuesta en materia de salud mental

- Personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial y sus organizaciones representativas.
- Organismos gubernamentales, incluidos los ministerios de salud, justicia, hacienda, educación, empleo, bienestar social y vivienda.
- Instituciones académicas, organismos profesionales y asociaciones que representan a profesionales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros psiquiátricos, médicos generalistas, trabajadores de urgencias, paramédicos, primeros intervinientes y otros profesionales que interactúan con el sistema de salud mental.
- Instituciones nacionales de derechos humanos y otros órganos de vigilancia.
- Organizaciones de personas con discapacidad.
- Organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones que defienden los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.
- Organizaciones que representan a las personas mayores.
- Representantes de familias y cuidadores.
- El sector privado y las organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios de salud mental, sociales y jurídicos.
- Políticos, legisladores y creadores de opinión.
- Fuerzas y cuerpos de seguridad, como la policía y los funcionarios de prisiones.
- Autoridades judiciales, incluidos abogados y representantes legales.
- Organizaciones que representan a minorías y otros grupos desfavorecidos.
- Grupos comunitarios más amplios, incluidas organizaciones y asociaciones de base comunitaria como sindicatos de empleados, asociaciones de bienestar del personal, grupos de empleadores, asociaciones de bienestar de residentes, grupos religiosos y congregaciones de comunidades particulares.

Un proceso de consulta bien planificado y ejecutado sistemáticamente puede influir positivamente en la adopción y aplicación de la legislación propuesta. La consulta sensibiliza a la opinión pública sobre la salud mental y los derechos de los usuarios de los servicios, implica a la comunidad y mejora la comprensión de los enfoques de la salud mental basados en la comunidad y los derechos humanos. Los amplios procesos de consulta también pueden fomentar las alianzas, lo que aumenta la probabilidad de una aplicación eficaz una vez promulgada.

La legislación debería redactarse de forma que sea fácilmente accesible para el mayor número posible de personas. Los países suelen tener requisitos en materia de lenguaje y de accesibilidad para la legislación. Es importante disponer de versiones de fácil lectura para que todos, incluidas las personas con discapacidad intelectual, puedan entender la ley y participar en los debates.

3.4 El proceso legislativo

Tras realizar revisiones basadas en la información obtenida en el proceso de consulta, el proyecto de ley se presenta al organismo designado para su aprobación. Esta fase puede llevar mucho tiempo e implicar la renegociación de la legislación propuesta. Es esencial persuadir a los políticos y miembros clave del poder ejecutivo y legislativo de la necesidad y las razones de una legislación actualizada, así como de la importancia de dedicar el tiempo legislativo adecuado a este proceso.

Incluso con el apoyo previo del gobierno a una nueva ley, las prioridades políticas contrapuestas pueden causar retrasos, sobre todo porque la salud mental sigue siendo una cuestión con baja prioridad política en muchos países.

El proceso de adopción de nuevas leyes varía de un país a otro, en función de sus tradiciones jurídicas y sistemas políticos. Las siguientes secciones ofrecen una visión general del proceso y de los posibles retos que pueden surgir.

3.4.1 Responsabilidad de la adopción de la legislación

El Parlamento u otro órgano legislativo soberano suele ser el responsable de aprobar la legislación nacional. Sin embargo, los países que tienen un sistema político federal, los estados o provincias también pueden tener autoridad para promulgar leyes además de la legislatura nacional. En tales casos, las leyes relacionadas con la salud mental podrían estar sujetas a las jurisdicciones nacionales o regionales, o a ambas, en función de la normativa local.

Por lo general, una ley debe ser aprobada en el poder legislativo y promulgada antes de entrar en vigor. Sin embargo, en algunos países, las constituciones permiten modificar las leyes mediante ordenanzas o decretos ejecutivos promulgados por el gobierno. En ocasiones, estas órdenes requieren la autorización previa del parlamento y deben ser ratificadas en un plazo determinado; si caducan, se mantiene la legislación anterior. En ocasiones, estas disposiciones pueden agilizar la aprobación de legislación sobre salud mental.

3.4.2 Debate sobre el proyecto legislativo y su adopción

Las asambleas legislativas suelen tener subcomisiones que examinan las leyes antes de presentarlas al órgano legislativo principal. Estas comisiones pueden buscar diversas perspectivas, celebrar audiencias públicas, solicitar aportaciones o pedir aclaraciones sobre distintos aspectos de la ley.

La fase de debate y adopción puede ser larga y laboriosa. Los legisladores pueden proponer enmiendas, y la decisión de incluirlas o rechazarlas recae en el órgano soberano. Los responsables de la redacción pueden tener que proporcionar una orientación sustancial a los legisladores sobre los efectos de las enmiendas propuestas. La participación de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial es vital para garantizar un enfoque basado en los derechos humanos.

Tras examinar la legislación y las enmiendas, el órgano legislativo (que puede constar de varios niveles o cámaras) la aprueba o la rechaza. En la mayoría de los países, con esto concluye el proceso legislativo, y la ley aprobada está lista para ser sancionada (véase la [sección 3.4.3](#)). Sin embargo, en muchos países el poder ejecutivo tiene potestad para rechazar o proponer cambios en la legislación aprobada. Si es vetada por el Jefe de Estado, la propuesta vuelve al órgano legislativo para su reconsideración.

3.4.3 Sanción, promulgación y publicación de la nueva legislación

Mediante la sanción, la publicación y la promulgación, la ley adoptada pasa a ser conocida públicamente y anunciada oficialmente. Aunque estos términos pueden diferir de un país a otro, sus funciones suelen ser similares. La sanción de la ley es una prerrogativa del Jefe de Estado que suele implicar la firma del texto oficial. La promulgación es el anuncio oficial por parte del gobierno de la ley adoptada; normalmente se realiza mediante una orden sobre la publicación oficial de la ley. La publicación se refiere a la impresión del texto de la ley en el boletín oficial del gobierno, una etapa necesaria antes de que la ley adoptada pueda entrar en vigor. Tras la publicación, y normalmente después de un período de 10 a 20 días, la nueva ley entra en vigor. Puede establecerse un plazo más largo en el texto de la ley o ser fijado por el poder ejecutivo para una preparación más exhaustiva.

Pueden surgir retrasos en todas las fases, desde la sanción hasta la promulgación y publicación. Los responsables de llevar adelante la ley deben hacer un seguimiento con las autoridades pertinentes para garantizar que la legislación aprobada se convierta en legalmente aplicable.

3.4.4 Movilización del debate y participación de la opinión pública

Movilizar el debate e implicar a la opinión pública es fundamental para animar a los legisladores a debatir y aprobar la legislación propuesta. Iniciar consultas, estrategias mediáticas y otras actividades en una fase temprana del procedimiento puede sensibilizar a la opinión pública sobre la legislación propuesta. Se pueden organizar talleres y seminarios para grupos y organizaciones clave con el fin de debatir y explicar los principales componentes de la nueva legislación.

Las personas con experiencia vivida deberían desempeñar un papel activo en estas actividades. El desarrollo de una nueva ley es una valiosa oportunidad para dar visibilidad y apoyo a las personas con experiencia vivida y a las organizaciones que las representan; además, el proceso legislativo puede educar, influir en las actitudes sociales y facilitar el cambio social.

Es importante colaborar con los miembros del poder ejecutivo y legislativo de todos los partidos políticos. Deberían estar informados de cuestiones como los retos y las lagunas de la legislación vigente; las implicaciones para el disfrute y el ejercicio de los derechos; los antecedentes de la ley propuesta; las preocupaciones y demandas de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial; y las obligaciones en materia de derechos humanos y los compromisos políticos consagrados en el marco internacional de derechos humanos y desarrollo sostenible.

Aunque es fundamental movilizar el debate e implicar a la opinión pública, las obligaciones y los compromisos en materia de derechos humanos no deben supeditarse a la aprobación de la mayoría.

3.5 Aplicación

El proceso que conduce a la aplicación comienza efectivamente desde el momento de la concepción del proceso de reforma. Identificar y abordar las posibles dificultades de aplicación durante las fases de redacción y consulta puede ayudar a garantizar una transición más fluida una vez promulgada la legislación.

Suele haber un breve período entre la aprobación de la legislación y su promulgación, y a veces un período más largo antes de su aplicación; esto permite a las autoridades establecer la infraestructura necesaria para la aplicación. Este período crucial da tiempo para ultimar la normativa, crear órganos de vigilancia, impartir formación y garantizar que todas las partes implicadas estén preparadas para aplicar la legislación.

Los gobiernos deberían evaluar cómo se integra cualquier nueva legislación sobre salud mental en las políticas existentes y hacer los ajustes necesarios para garantizar el cumplimiento de los nuevos requisitos legales. Esto incluye revisar las asignaciones presupuestarias y los planes o políticas nacionales de salud mental.

3.5.1 Importancia, papel y composición de los órganos responsables de la aplicación

Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de los órganos responsables de supervisar la aplicación. La aplicación no es responsabilidad exclusiva del sector sanitario: distintas funciones de la legislación pueden ser asumidas y supervisadas por diferentes entidades. Por ejemplo, si se ha creado un órgano de vigilancia, es probable que se vea obligado, a través de las funciones que tiene asignadas, a supervisar determinados requisitos legislativos (véase la [sección 2.7.1](#)). Sin embargo, esto no debería impedir que el propio gobierno establezca normas, estándares e indicadores para supervisar y evaluar si la legislación se está aplicando eficazmente. De no ser así, deberán tomarse las medidas necesarias.

Cualquier agencia u órgano que supervise la aplicación debería tener un calendario establecido, objetivos mensurables y las competencias administrativas y financieras necesarias para garantizar que el proceso sea eficaz y rápido. La agencia puede necesitar el mandato, la autoridad y los recursos financieros adecuados para, por ejemplo:

- elaborar reglamentos, normas y procedimientos de aplicación;
- preparar instrumentos de documentación normalizados para registrar y supervisar la aplicación;

- garantizar un proceso adecuado para la formación de los profesionales de la salud mental, la asistencia social y otros profesionales, introduciendo procedimientos de certificación si es necesario;
- abordar las cuestiones de recursos humanos; y
- supervisar la aplicación.

Además, es importante establecer y aplicar con prontitud y eficacia los procedimientos de denuncia previstos en la legislación. En particular, los servicios de salud mental deberían sensibilizar a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial de sus derechos reconocidos por la ley y de los medios para recurrir a los procedimientos de denuncia para obtener reparación.

El órgano supervisor o ejecutor debería colaborar estrechamente con las organizaciones de personas con experiencia vivida, incluso a la hora de fijar objetivos y medir indicadores para supervisar la ejecución.

3.5.2 Elaboración de reglamentos y otras orientaciones

Las leyes de muchos países suelen requerir reglamentos para su aplicación efectiva y operativa en la práctica. Los reglamentos, publicados por el poder ejecutivo, los ministerios o las agencias, proporcionan orientación sobre cómo interpretar y aplicar la ley en situaciones de la vida real. Aunque no todas las leyes requieren reglamentos para su aplicación, su ausencia puede obstaculizar la aplicación adecuada de la nueva legislación.

El proceso de adopción de reglamentos varía de un país a otro. Lo ideal, para garantizar un proceso transparente y participativo, es que el ministerio responsable publique primero, para su comentario público, los reglamentos propuestos, que se elaborarán conjuntamente con expertos de los principales grupos interesados, incluidas las personas con experiencia vivida. De este modo, cualquier ciudadano puede aportar su opinión y sugerir cambios. A continuación, el ministerio se compromete con todos los grupos interesados a celebrar reuniones de consulta y recibir sus comentarios. Una vez cerrado el período de comentarios, el ministerio analiza la información recibida y, si es necesario, modifica la propuesta para tener en cuenta los comentarios presentados. Una vez introducidos los cambios, el ministerio o el poder ejecutivo publica el reglamento definitivo en el boletín oficial.

Las orientaciones formales a los profesionales, como un código de buenas prácticas, también pueden ser útiles para garantizar la correcta aplicación de la legislación. Dichas orientaciones complementan la normativa y pueden volver a hacer hincapié en los valores y principios que sustentan la legislación, explicar aspectos de los objetivos de la misma, proporcionar orientaciones prácticas detalladas sobre el cumplimiento de las obligaciones legales e incluir buenas prácticas, jurisprudencia y otros recursos para obtener más información y orientación. También pueden orientar a particulares, proveedores de servicios, familias y otras personas sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.

Los ministerios responsables pueden publicar orientaciones u otras declaraciones políticas para aclarar mejor cómo entiende y aplica un organismo las leyes y normativas vigentes. Esta Guía también puede describir acciones sugeridas o recomendadas para las autoridades y los profesionales locales.

Todos los reglamentos, orientaciones y códigos de buenas prácticas deberían ser coherentes con el texto de la ley.

3.5.3 Educación y sensibilización del público

El público en general, los profesionales, las personas con experiencia vivida y las organizaciones de defensa que trabajan en su nombre, suelen estar mal informados sobre los cambios que conlleva la nueva legislación. Incluso si están bien informados, pueden seguir sin estar convencidos de las razones de los cambios y optar por no actuar de acuerdo con la ley. Esto es especialmente cierto en el caso de la legislación que exige cambios significativos en las prácticas habituales relacionadas con la salud mental.

El estigma, los mitos y los conceptos erróneos asociados a los problemas de salud mental y la discapacidad psicosocial pueden representar obstáculos para la aplicación efectiva de la legislación basada en los derechos. De ahí que el cambio de actitudes públicas constituya un componente importante de la aplicación de la legislación. La difusión de información sobre la salud mental, incluidos los derechos previstos en la nueva legislación, puede ayudar a cambiar las actitudes del público. Los programas de sensibilización pública deben explicar por qué es importante un enfoque basado en los derechos humanos y cómo se aplica a todas las personas, no sólo aquellas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. Los medios de comunicación pueden desempeñar un valioso papel en este proceso, destacando la importancia de respetar los derechos humanos de las personas con experiencia vivida y ayudando a educar al público sobre los nuevos enfoques de la atención y el apoyo a la salud mental, en particular la importancia de los enfoques basados en la comunidad.

Es fundamental crear oportunidades para que las personas con experiencia vivida conozcan la legislación nueva o reformada. Necesitan estar bien informadas sobre el contenido legislativo y conocer la disposición de sus derechos en él. Aunque las organizaciones que representan a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial pueden haber participado activamente a lo largo de todo el proceso legislativo, no todas las personas con experiencia vivida habrán participado, y todas necesitarán estar informadas, incluso después de que se haya aprobado la ley.

Pueden elaborarse publicaciones en formatos simplificados y accesibles para agentes clave como los profesionales sanitarios y las personas con experiencia vivida. Pueden ayudar a aclarar aspectos de la legislación que pueden ser difíciles de entender y ofrecer orientaciones detalladas sobre su interpretación. También pueden utilizarse diagramas para ilustrar claramente procesos, como los procedimientos de reclamación.

Todas las iniciativas de educación y sensibilización deberían diseñarse y aplicarse con la participación de las personas con experiencia vivida y sus organizaciones representativas. Para ello es necesaria una asignación presupuestaria.

3.5.4 Formación de las partes interesadas, de otros sectores y de la comunidad en materia de sistemas de salud mental y atención social

Un conocimiento exhaustivo de la nueva legislación por parte de los profesionales sanitarios y de otros ámbitos es fundamental para su aplicación efectiva. Incluso con una redacción meticulosa, la legislación puede contener cláusulas ambiguas o disposiciones que no se entiendan del todo. La formación y los debates pueden facilitar una exploración en profundidad de cada disposición y fomentar una comprensión más clara de significados e implicaciones.

Por lo tanto, es necesario promover la formación de todas las partes involucradas, incluidos los profesionales y el personal sanitario, los organismos encargados de hacer cumplir la ley (la policía y el sistema judicial), los abogados, los trabajadores sociales, los profesores y los administradores de recursos humanos. Los foros de formación conjunta, en los que interactúan profesionales de disciplinas sanitarias y no sanitarias, pueden crear una mejor comprensión de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. La formación de los profesionales y el personal sanitario en cuestiones relacionadas con la capacidad jurídica y la eliminación de las prácticas coercitivas es especialmente importante.

La educación para garantizar un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos debería incorporarse a los programas de educación sobre derechos humanos en las escuelas. También debería incluirse como componente básico obligatorio de la enseñanza terciaria y profesional, así como en la formación especializada de los profesionales de la salud y del derecho, la policía y la magistratura para luchar contra la discriminación y los estereotipos negativos. La formación de los sanadores tradicionales y las organizaciones confesionales también es necesaria en situaciones en las que desempeñan un papel importante en la prestación de atención sanitaria y apoyo.

3.5.5 Asignación de recursos

La rapidez y eficacia de la aplicación de la legislación basada en los derechos depende en gran medida de la disponibilidad de recursos financieros adecuados. Entre las actividades que requieren financiación figuran la introducción de cambios en los servicios sociales y de salud mental, tal y como exige la legislación; la aplicación de un enfoque holístico basado en los derechos que aborde adecuadamente los determinantes sociales de la salud; la creación y puesta en funcionamiento de órganos de vigilancia; y la formación de profesionales y personas con experiencia vivida en el uso de la legislación. También será necesaria más financiación para las actividades relacionadas con el cambio de los servicios institucionales de salud mental hacia servicios comunitarios centrados en la persona y basados en los derechos. La negociación de la financiación debería producirse simultáneamente a la redacción, revisión o adopción de la legislación.

Aunque la reasignación de fondos de las instituciones a los servicios basados en la comunidad es factible a largo plazo, llevará tiempo, y hasta que no se liberen todos los recursos actualmente retenidos en las instituciones, habrá que cubrir los costes de funcionamiento de ambas (33, 95).

Disponer de recursos humanos adecuados reviste especial importancia para la aplicación de la legislación. El personal de los sectores sanitario y de asistencia social es fundamental para prestar una atención y un apoyo eficaces en materia de salud mental en la comunidad. Sin personal suficiente o formación

adecuada, los enfoques centrados en la persona y basados en los derechos humanos fracasarán. Además, debería invertirse en la formación de todas las personas implicadas en la aplicación de la ley (como la magistratura y la policía) para garantizar que comprendan todos los aspectos de la legislación y sus funciones y responsabilidades a la hora de poner en práctica sus disposiciones.

La asignación de recursos debería basarse en las distintas necesidades de los diferentes grupos, como mujeres, niños, niñas, jóvenes y personas que viven en zonas remotas. Garantizar la participación de los titulares de derechos en las decisiones presupuestarias ayuda a incorporar sus opiniones sobre los servicios y recursos que necesitan.

La aplicación efectiva de la nueva legislación exigirá, por lo general, una mayor asignación de recursos para la salud mental y la asistencia social. Por lo tanto, es importante blindar o proteger cualquier nuevo fondo para la salud mental frente a los liberados de las instituciones para los servicios basados en la comunidad. Será necesaria una ejecución eficiente y eficaz de los recursos, con mecanismos adecuados de transparencia, vigilancia y rendición de cuentas. Las *Orientaciones de la OMS sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos* (2021) proporciona información y orientación sobre la adopción de medidas relacionadas con la financiación (33).

3.6 Evaluación

Las quejas sobre la escasa aplicación o el mínimo impacto de las leyes son habituales; sin embargo, los gobiernos dedican pocos esfuerzos a evaluar estas preocupaciones. La mayoría de las actividades realizadas se refieren al trabajo de los órganos de vigilancia o de los comités legislativos para abordar o bien el cumplimiento de las obligaciones legales, o bien las lagunas y contradicciones del ordenamiento jurídico. Es importante evaluar periódicamente la legislación adoptada o reformada en materia de salud mental para determinar si responde eficazmente a los objetivos y necesidades originales.

3.6.1 Importancia de la evaluación

Tanto las pruebas anecdóticas como la investigación empírica sugieren que muchas leyes relacionadas con la salud mental son ineficaces: no se han ampliado los servicios y el apoyo basados en la comunidad; no ha aumentado el acceso a una atención de la salud mental de calidad; no se han reducido las prácticas coercitivas; y no han mejorado los derechos y las condiciones de vida de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial.

La evaluación a posteriori de la legislación informa a los parlamentos, los gobiernos y la sociedad sobre si las leyes aprobadas se ajustan a su finalidad, logran los cambios deseados en los servicios de salud mental y asistencia social y defienden los derechos y las expectativas de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. Mientras que el proceso legislativo puede ayudar a identificar posibles problemas de aplicación o efectos negativos evitables, la evaluación ex post puede identificar y rastrear disposiciones defectuosas o que no funcionan correctamente dentro de la ley, que pueden requerir su modificación o abolición (337). Además, la aplicación efectiva puede verse obstaculizada por otras leyes o reglamentos, y la evaluación puede señalar las tensiones que deben resolverse mediante la armonización con otra legislación. Dicha evaluación también ayuda a los gobiernos a determinar la necesidad de nueva legislación, nuevos reglamentos, innovaciones políticas o correcciones.

3.6.2 Revisión sistemática y periódica de la legislación

Varios factores determinan la frecuencia y los métodos de evaluación de la legislación. La legislación debería ser objeto de revisión periódica, por ejemplo cada 5 o 10 años; sin embargo, si hay problemas con el contenido o la aplicación de la ley vigente, debería realizarse una revisión lo antes posible. En algunos países, la ley incluye un “poder para eliminar dificultades” que permite introducir ciertos cambios sin tener que iniciar un proceso legislativo formal. La Ley de Salud Mental de la India, por ejemplo, establece: “Si surge alguna dificultad para hacer efectivas las disposiciones de esta Ley, el Gobierno Central podrá, mediante orden, publicada en el Boletín Oficial, dictar las disposiciones, no incompatibles con las disposiciones de esta Ley, que parezcan necesarias o convenientes para eliminar la dificultad” (338).

La legislación nacional puede prever procedimientos legales de evaluación periódica. Tales disposiciones pueden incluirse en la legislación para garantizar una evaluación participativa sobre salud mental tras un período determinado, con la participación de organizaciones de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial. También podrían participar los mecanismos nacionales de vigilancia creados en virtud del artículo 33, párrafo 2 de la CDPD.

Las autoridades responsables de supervisar la legislación sobre salud mental pueden contribuir a la evaluación informando sobre la funcionalidad de la ley y proponiendo los cambios oportunos.

3.6.3 Criterios y estrategias de evaluación

Una evaluación exhaustiva de la legislación sobre salud mental puede valorar, entre otros aspectos:

- **impacto:** cuáles son los resultados y efectos de la ley;
- **pertinencia:** si la ley responde a las necesidades de las personas;
- **eficacia:** si la ley alcanza sus objetivos;
- **eficiencia:** cuáles son los costes y los beneficios;
- **coherencia:** cómo funciona con otras acciones;
- **equidad:** si la ley reduce o aumenta la desigualdad; y
- **participación:** cómo se han recibido e incorporado las perspectivas de los usuarios de los servicios y otras partes interesadas.

Independientemente del alcance de la evaluación, los sistemas de información sanitaria y social son esenciales. La recopilación exhaustiva de datos puede proporcionar información valiosa sobre las necesidades y los resultados, los servicios, el cumplimiento de las normas de calidad y de derechos humanos, y servir de base para las mejoras y las futuras líneas de actuación (33). Por lo tanto, es importante disponer de indicadores estructurales, de proceso y de resultados adecuados para hacer un seguimiento del progreso de la aplicación y de la ley en el futuro (véase la [sección 2.7.4](#)).

Los estudios cuantitativos y cualitativos también pueden utilizarse para medir “qué ha pasado” y “por qué y cómo”, proporcionando una visión más amplia de la consecución de metas y objetivos.

Lista de verificación para evaluar la legislación sobre salud mental basada en los derechos

Esta lista de verificación proporciona una forma sencilla, directa y práctica de evaluar la conformidad de la legislación relacionada con la salud mental, o de un proyecto de ley, con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, como parte de los esfuerzos de armonización jurídica. Sirve para ayudar a las partes interesadas a identificar las cuestiones más importantes que deben abordarse para garantizar una legislación basada en los derechos. Las preguntas no son exhaustivas, por lo que debería consultarse el contenido principal de la presente Guía durante su realización.

La lista de verificación utiliza una escala de cinco puntos (1-5) para permitir la gradación en la evaluación:

- 1** En absoluto
- 2** Mínimamente
- 3** Moderadamente
- 4** Significativamente
- 5** Completamente

Puntuación 1-5



La lista de verificación incluye un recuadro de comentarios para que las personas que lo completarán añadan una justificación por la puntuación dada y faciliten más información o sugieran medidas correctoras. Se anima a los países y a las organizaciones de la sociedad civil a adaptar la lista de verificación a su contexto y prioridades nacionales.

1. Enfoque legislativo

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

1. ¿La legislación permite un enfoque intersectorial de la salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

2. ¿La legislación combate el estigma y la discriminación asociados a la salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

3. ¿La legislación permite el acceso a una atención y un apoyo de calidad centrados en la persona y basados en los derechos?

○ ○ ○ ○ ○

4. ¿La legislación permite la transición hacia la atención y el apoyo comunitarios en materia de salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

5. ¿La legislación garantiza el respeto de la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la eliminación de la coerción?

○ ○ ○ ○ ○

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

6. ¿La legislación permite a las personas que utilizan los servicios de salud mental su inclusión en la comunidad?

7. ¿La legislación garantiza a las personas que utilizan los servicios una participación significativa en la toma de decisiones públicas relacionadas con la salud mental?

8. ¿La legislación garantiza la rendición de cuentas de los servicios de salud mental?



2. Contenido legislativo

2.1 Garantizar la igualdad y la no discriminación

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

1. ¿La legislación prohíbe toda forma de discriminación en la atención de la salud mental, incluidos los servicios de salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

2. ¿La legislación garantiza la realización de ajustes razonables en los servicios de salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

3. ¿La legislación impide la discriminación a la hora de obtener un seguro médico adecuado de proveedores de seguros médicos públicos y privados?

○ ○ ○ ○ ○

4. ¿La legislación prohíbe que las compañías de seguros médicos discriminen por problemas de salud mental preexistentes?

○ ○ ○ ○ ○

5. ¿La legislación deroga la terminología inapropiada, estigmatizante y anticuada relacionada con la salud mental y los grupos marginados?

○ ○ ○ ○ ○

2.1 Garantizar la igualdad y la no discriminación [cont.]

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

6. ¿La legislación obliga la realización de actividades de sensibilización para combatir el estigma y la discriminación?

○ ○ ○ ○ ○

7. ¿La legislación concede a las personas que utilizan los servicios de salud mental los mismos derechos que a las personas que utilizan los servicios de salud general?

○ ○ ○ ○ ○

8. ¿La legislación garantiza a las personas que utilizan los servicios de salud mental el derecho a acceder a información sobre su diagnóstico y tratamiento?

○ ○ ○ ○ ○

9. ¿La legislación garantiza a las personas que utilizan los servicios de salud mental el derecho a la confidencialidad de la información personal y de su diagnóstico y tratamiento?

○ ○ ○ ○ ○

10. ¿La legislación garantiza a las personas que utilizan los servicios de salud mental el derecho a la privacidad en relación con dichos servicios?

○ ○ ○ ○ ○

2.1 Garantizar la igualdad y la no discriminación [cont.]

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios



11. ¿La legislación garantiza a las personas que utilizan los servicios de salud mental el derecho a comunicarse con cualquier persona de su elección?



12. ¿La legislación garantiza que las personas que utilizan los servicios de salud mental reciban información de forma accesible sobre sus derechos en los servicios de salud mental?



13. ¿La legislación garantiza la prestación de servicios de salud mental seguros, higiénicos y confortables?



14. ¿La legislación garantiza la accesibilidad de las instalaciones, los servicios y la información para las personas con discapacidad?



2.2 Respeto de la dignidad humana y la capacidad jurídica

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

1. ¿La legislación obliga a respetar y proteger el derecho a la capacidad jurídica de todas las personas que utilizan los servicios de salud mental, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial, intelectual y del desarrollo?

○ ○ ○ ○ ○

2. ¿La legislación deroga las disposiciones legales que autorizan restricciones a la capacidad jurídica y a la toma de decisiones por sustitución en los servicios de salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

3. ¿La legislación pone a disposición de las personas que utilizan los servicios de salud mental la toma de decisiones con apoyo?

○ ○ ○ ○ ○

4. ¿La legislación incluye salvaguardias para garantizar el respeto de los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona que recibe apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica, así como para evitar abusos en la toma de decisiones con apoyo?

○ ○ ○ ○ ○

5. ¿La legislación prevé que se tenga en cuenta la evolución de las facultades del niño o de la niña en la toma de decisiones relacionadas con la salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

2.3 Consentimiento informado y eliminación de prácticas coercitivas

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

1. ¿La legislación defiende el derecho al consentimiento libre e informado en los servicios de salud mental para que todo apoyo y tratamiento se preste de forma voluntaria?

○ ○ ○ ○ ○

2. ¿La legislación concede a los niños, niñas y adolescentes el derecho a consentir o rechazar el tratamiento de acuerdo con su edad y madurez?

○ ○ ○ ○ ○

3. ¿La legislación prevé salvaguardias para garantizar el pleno consentimiento libre e informado e impedir la coerción y los posibles abusos en el uso de intervenciones específicas, como la prescripción de psicofármacos y la terapia electroconvulsiva?

○ ○ ○ ○ ○

4. ¿La legislación prohíbe todas las formas de prácticas coercitivas en los servicios de salud mental, incluidos el régimen de aislamiento y la contención física y química?

○ ○ ○ ○ ○

5. ¿La legislación prohíbe la investigación o experimentación médica o científica de una persona con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial sin su consentimiento informado?

○ ○ ○ ○ ○

2.3 Consentimiento informado y eliminación de prácticas coercitivas [cont.]

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

6. ¿La legislación prevé opciones de planificación anticipada y garantiza su accesibilidad en todos los servicios de salud mental pertinentes?

○ ○ ○ ○ ○

7. ¿La legislación obliga a que los documentos de voluntades anticipadas sean vinculantes?

○ ○ ○ ○ ○

8. ¿La legislación establece un marco de apoyo a las personas en situación de crisis?

○ ○ ○ ○ ○

9. ¿La legislación obliga a la disponibilidad de servicios comunitarios de apoyo en situación de crisis?

○ ○ ○ ○ ○

10. ¿La legislación obliga a financiar servicios no médicos de apoyo en situación de crisis (por ejemplo, servicios de apoyo entre pares, centros residenciales de asistencia para situación de crisis)?

○ ○ ○ ○ ○

2.3 Consentimiento informado y eliminación de prácticas coercitivas [cont.]

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

11. ¿La legislación prohíbe todas las formas de coerción dentro de la comunidad, incluidas las órdenes de tratamiento comunitario y el encadenamiento?

○ ○ ○ ○ ○

12. ¿La legislación despenaliza los intentos de suicidio?

○ ○ ○ ○ ○

2.4 Acceso a servicios de salud mental de alta calidad

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

1. ¿La legislación contempla un derecho efectivo a la salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

2. ¿La legislación considera que la salud mental es igual a la salud física en términos de cobertura y calidad de los servicios?

○ ○ ○ ○ ○

3. ¿La legislación incluye o amplía la cobertura de salud mental como parte de los esfuerzos nacionales hacia la cobertura sanitaria universal?

○ ○ ○ ○ ○

4. ¿La legislación establece criterios para una asignación de servicios basada en las necesidades?

○ ○ ○ ○ ○

5. ¿La legislación establece fondos asignados a la salud mental, u objetivos progresivos en su presupuesto sanitario, destinados a aumentar la inversión en salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

2.4 Acceso a servicios de salud mental de alta calidad [cont.]

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

6. ¿La legislación contribuye a garantizar que los servicios de salud mental tengan en cuenta las cuestiones de género?

○ ○ ○ ○ ○

7. ¿La legislación contribuye a garantizar que los servicios de salud mental sean adecuados a la edad?

○ ○ ○ ○ ○

8. ¿La legislación contribuye a garantizar que los servicios de salud mental sean culturalmente apropiados?

○ ○ ○ ○ ○

9. ¿La legislación aborda los derechos y necesidades de los grupos marginados, incluidos los que sufren discriminación sistémica?

○ ○ ○ ○ ○

10. ¿La legislación prevé la formación de los proveedores de atención sanitaria y social?

○ ○ ○ ○ ○

2.5 Prestación de servicios de salud mental en la comunidad

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

1. ¿La legislación prevé la integración de la salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales?

○ ○ ○ ○ ○

2. ¿La legislación mejora la disponibilidad de bienes y servicios de salud mental en la atención primaria?

○ ○ ○ ○ ○

3. ¿La legislación prevé la transformación de la prestación de servicios de salud mental hacia respuestas basadas en la comunidad y centradas en la persona?

○ ○ ○ ○ ○

4. ¿La legislación prevé el desarrollo de servicios basados en derechos en la comunidad, incluidos centros comunitarios de salud mental, servicios de respuesta a crisis, servicios de extensión comunitaria, entre otros?

○ ○ ○ ○ ○

5. ¿La legislación prevé el desarrollo de servicios de apoyo entre pares?

○ ○ ○ ○ ○

2.5 Prestación de servicios de salud mental en la comunidad [cont.]

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

6. ¿La legislación permite la creación de servicios dirigidos y gestionados por pares y que su funcionamiento sea paralelo al de los servicios de salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

7. ¿La legislación prevé una política de desinstitucionalización con un plan de acción claro?

○ ○ ○ ○ ○

8. ¿La legislación prevé la redistribución de recursos financieros y humanos de las instituciones a los servicios comunitarios?

○ ○ ○ ○ ○

9. ¿La legislación garantiza la disponibilidad de servicios y apoyo comunitarios de salud mental en situaciones de emergencia y contextos humanitarios?

○ ○ ○ ○ ○

10. ¿La legislación establece que las personas refugiadas, solicitantes de asilo y migrantes tienen derecho a la misma atención de la salud mental que los ciudadanos del país de acogida?

○ ○ ○ ○ ○

2.6 Garantizar la participación plena y efectiva en las decisiones públicas

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios



1. ¿La legislación garantiza la participación plena y equitativa de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, así como de las organizaciones que las representan, en la elaboración, aplicación y supervisión de la legislación y las políticas relativas a la salud mental?



2. ¿La legislación concede puestos en comités permanentes de salud mental, grupos de trabajo temporales u órganos de vigilancia a organizaciones de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial?



3. ¿La legislación regula mecanismos y procedimientos adecuados y transparentes para que las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial sean consultadas en los procesos de toma de decisiones relacionados con la salud mental en los diferentes sectores y niveles de gobierno?



2.7 Garantizar la rendición de cuentas

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

1. ¿La legislación reconoce el derecho a solicitar información o a consultar u obtener copia de documentos relativos a las autoridades, organismos o servicios públicos de salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

2. ¿La legislación establece un marco de vigilancia independiente para supervisar la situación de los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

3. ¿La legislación concede a las personas que utilizan los servicios de salud mental el derecho a presentar denuncias e iniciar procedimientos judiciales en relación con cualquier aspecto de la atención de la salud mental?

○ ○ ○ ○ ○

4. ¿La legislación garantiza que las entidades encargadas de resolver las denuncias, como las instituciones o los tribunales nacionales de derechos humanos, ofrezcan recursos adaptados a la persona e incluyan medidas de reparación y resarcimiento?

○ ○ ○ ○ ○

2.7 Garantizar la rendición de cuentas [cont.]

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios



5. ¿La legislación prevé en materia de responsabilidad profesional, sanciones civiles, administrativas o penales efectivas y medidas de reparación?



6. ¿La legislación obliga a la adopción de indicadores para medir, evaluar y revisar tanto el rendimiento y el impacto de los sistemas de salud mental como los avances en la aplicación de los derechos humanos en el contexto de la salud mental?



2.8 Reforma intersectorial para una prestación de servicios holística

a) Promover la inclusión en la comunidad

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

1. ¿La legislación reconoce el derecho de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial a vivir de forma independiente en la comunidad?

○ ○ ○ ○ ○

2. ¿La legislación prevé el acceso de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial a servicios y apoyo comunitarios?

○ ○ ○ ○ ○

3. ¿La legislación garantiza que los servicios de salud mental faciliten y apoyen a las personas que utilizan los servicios para que vivan, trabajen y participen activamente en la comunidad?

○ ○ ○ ○ ○

4. ¿La legislación promueve la integración de la salud mental en las políticas y programas sectoriales pertinentes?

○ ○ ○ ○ ○

2.8 Reforma intersectorial para una prestación de servicios holística [cont.]

a) Promover la inclusión en la comunidad [cont.]

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

5. ¿La legislación crea un marco jurídico propicio para la creación y el funcionamiento de organizaciones de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial?

○ ○ ○ ○ ○

6. ¿La legislación prevé el acceso a la información y a los servicios para las familias de personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial?

○ ○ ○ ○ ○

2.8 Reforma intersectorial para una prestación de servicios holística [cont.]

b) Acceso a la justicia

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

1. ¿La legislación reconoce la plena capacidad de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial para participar en todos los procedimientos judiciales?

○ ○ ○ ○ ○

2. ¿La legislación establece el derecho de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial a recibir ajustes de procedimiento determinados individualmente en todos los procedimientos judiciales?

○ ○ ○ ○ ○

3. ¿La legislación garantiza que se ofrezcan todas las garantías sustantivas y procesales a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en igualdad de condiciones con las demás?

○ ○ ○ ○ ○

4. ¿La legislación garantiza asistencia jurídica gratuita o asequible a las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en todos los procedimientos judiciales relacionados con sus derechos fundamentales?

○ ○ ○ ○ ○

2.8 Reforma intersectorial para una prestación de servicios holística [cont.]

b) Acceso a la justicia [cont.]

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

5. ¿La legislación limita la intervención policial en las crisis y, cuando es inevitable, garantiza que esté libre de discriminación y de cualquier uso de la fuerza o la coerción?

○ ○ ○ ○ ○

6. ¿La legislación reconoce la obligación de proporcionar ajustes razonables y apoyo adecuados a las personas detenidas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial?

○ ○ ○ ○ ○

7. ¿La legislación prevé la formación de todo el poder judicial sobre un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos?

○ ○ ○ ○ ○

3. Procesos de redacción y legislativos

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

1. ¿Los procesos de redacción y legislativos cuentan con la representación de todos los principales grupos interesados, incluidas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial y las organizaciones que las representan?

2. ¿Las personas que participan en el proceso de redacción están informadas y formadas para comprender las obligaciones en materia de derechos humanos que impone el derecho internacional, incluidas las obligaciones de la CDPD?

3. ¿Las personas que participan en el proceso de redacción están bien informadas de la situación de su país y de los obstáculos a la aplicación de respuestas de salud mental basadas en los derechos?

4. ¿Se ha llevado a cabo una revisión rigurosa y exhaustiva de la legislación nacional a la luz de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos?

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1

2

3

4

5

5. ¿Se ha trabajado en la creación de un consenso para aprobar una ley que incorpore diferentes perspectivas, incluidas las de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial?

6. ¿Se han celebrado consultas amplias, inclusivas y accesibles para garantizar que las diferentes partes interesadas, en particular las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, presenten comentarios y sugerencias?

7. ¿Se han llevado a cabo acciones de sensibilización para garantizar el apoyo público?

4. Aplicación y evaluación

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1 2 3 4 5

1. ¿Se ha designado un organismo para supervisar la aplicación de la legislación?

○ ○ ○ ○ ○

2. ¿Se han adoptado reglamentos u otras orientaciones para guiar la aplicación de la legislación?

○ ○ ○ ○ ○

3. ¿Se han llevado a cabo acciones de sensibilización para garantizar que las partes interesadas conozcan y comprendan la legislación?

○ ○ ○ ○ ○

4. ¿Se ha impartido formación a todas las partes implicadas en la aplicación de la legislación?

○ ○ ○ ○ ○

Pregunta

Puntuación 1-5

Comentarios

1

2

3

4

5

5. ¿Se han asignado los máximos recursos financieros posibles para la aplicación de la legislación?

6. ¿Se han realizado evaluaciones para evaluar la aplicación de la legislación?



Referencias

1. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review* 2013; 33:846–61. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>.
2. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Dainius Pūras, 28 de marzo de 2017 (A/HRC/35/21). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/35/21>, consultado el 31 de mayo de 2023).
3. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, preámbulo, párr. e) (A/RES/61/106). Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 2006 (<https://undocs.org/es/A/RES/61/106>, consultado el 31 de mayo de 2023).
4. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (A/RES/61/106). Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 2006 (<https://undocs.org/es/A/RES/61/106>, consultado el 31 de mayo de 2023).
5. Enfoque para la programación basado en los Derechos Humanos. En: Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible [sitio web]. Nueva York: Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible; n.d. (<https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>, consultado el 31 de mayo de 2023).
6. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 12 (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
7. Grupos marginados. En: Glossary & Thesaurus [sitio web]. Vilnius: European Institute for Gender Equality; n.d. (https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1175?lang=en&language_content_entity=es, consultado el 31 de mayo de 2023).
8. La recuperación y el derecho a la salud: Formación básica de QualityRights de la OMS: los servicios sociales y de salud mental: guía del curso; 2019 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365919/9789241516723-spa.pdf>, consultado el 31 de mayo de 2023).
9. Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad. Ginebra: Naciones Unidas, Procedimientos especiales de Derechos Humanos; 2020 (www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/SR_Disability/GoodPractices/Access-to-Justice-SP.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
10. Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878>, consultado el 31 de mayo de 2023).
11. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Good health and well-being; pág. 35. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2020 (www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-good-health.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
12. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia (2022) (CRPD/C/5); párr. 76. Ginebra: Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2022 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/5, consultado el 31 de mayo de 2023).
13. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 27 (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
14. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 29 (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).

15. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Catalina Devandas Aguilar, 12 de diciembre 2017; párr. 27 (A/HRC/37/56). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/37/56>, consultado el 31 de mayo de 2023).
16. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Dainius Pūras, 28 de marzo de 2017; párr. 8 (A/HRC/35/21). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos 2017. (<https://undocs.org/es/A/HRC/35/21>, consultado el 31 de mayo de 2023).
17. Carr D. Mental health is political. En: Opinion Essay [sitio web]. Nueva York: New York Times; 2022 (www.nytimes.com/2022/09/20/opinion/us-mental-health-politics.html, consultado el 31 de mayo de 2023).
18. Global mental health and human rights: history and the need for change. En: Special Rapporteur handover dialogues 2020–2021. Boston: HHR Journal; n.d. (www.hhrjournal.org/special-rapporteur-handover-dialogues-2020-2021/, consultado el 31 de mayo de 2023).
19. Atlas de la salud mental 2020; págs. 37 a 45. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, consultado el 31 de mayo de 2023).
20. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Dainius Pūras, 28 de marzo de 2017; párrs. 18 a 20 (A/HRC/35/21). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/35/21>, consultado el 31 de mayo de 2023).
21. Resumen del resultado de la consulta sobre la forma de armonizar las leyes, políticas y prácticas relativas a la salud mental con las normas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y sobre cómo aplicarlas. Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2022 (<https://undocs.org/es/A/HRC/49/29>, consultado el 31 de mayo de 2023).
22. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. Lancet. 2011; 378:1664–75. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61458-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61458-X).
23. Salud mental y derechos humanos. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/34/32). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/34/32>, consultado el 31 de mayo de 2023).
24. Declaración del Sr. Gerard Quinn, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. Consulta entre períodos de sesiones de un día del Consejo de Derechos Humanos sobre salud mental y derechos humanos (Resolución 43/13 del Consejo de Derechos Humanos). En: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos [sitio web]. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos; n.d. (www.ohchr.org/es/health/mental-health-and-human-rights, consultado el 31 de mayo de 2023).
25. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029, consultado el 31 de mayo de 2023).
26. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
27. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Observación general núm. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (art. 2, párr. 1 del Pacto), aprobada en el quinto período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 14 de diciembre de 1990 (contenido en el documento e/1991/23). Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR); 1990 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CESCR/GEC/4758&Lang=en, consultado el 31 de mayo de 2023).
28. Resolución A/HRC/RES/43/13, salud mental y derechos humanos, adoptada por el Consejo de Derechos Humanos el 19 de junio de 2020. Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/es/A/HRC/RES/43/13>, consultado el 31 de mayo de 2023).

29. Resolución A/HRC/RES/47/15. Acelerar los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas: prevenir y combatir todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad; adoptada por el Consejo de Derechos Humanos el 13 de julio de 2021; párr. 8 g). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2021 (<https://undocs.org/es/A/HRC/RES/47/15>, consultado el 31 de mayo de 2023).
30. Resolución A/HRC/32/18, Salud mental y derechos humanos, adoptada por el Consejo de Derechos Humanos el 1 de julio de 2016. Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2016 (<https://undocs.org/es/A/HRC/RES/32/18>, consultado el 31 de mayo de 2023).
31. Resolución A/HRC/RES/36/13, Salud mental y derechos humanos, adoptada por el Consejo de Derechos Humanos el 28 de septiembre de 2017. Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/RES/36/13>, consultado el 31 de mayo de 2023).
32. Materiales de QualityRights para la formación, la orientación y la transformación. En: Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools, consultado el 31 de mayo de 2023).
33. Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56176>, consultado el 13 de noviembre de 2022).
34. Convocatoria de aportaciones: proyecto de orientaciones sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación publicado conjuntamente por la OMS y el ACNUDH. En: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos; n.d. (www.ohchr.org/en/calls-for-input/calls-input/draft-guidance-mental-health-human-rights-legislation-who-ohchr, consultado el 31 de mayo de 2023).
35. Corstens D. The Maastricht approach: social and personal perspectives on hearing voices. En: Parker I, Schnackenberg J, Hopfenbeck M, editors. The practical handbook of hearing voices: therapeutic and creative approaches. Monmouth: PCCS Books; 2021:13–23.
36. Jarrett C. The helpful delusion. Evidence is growing that mental illness is more than dysfunction, with enormous implications for treatment. En: aeon [sitio web]. Melbourne: aeon; 2022 (<https://aeon.co/essays/evidence-grows-that-mental-illness-is-more-than-dysfunction>, consultado el 31 de mayo de 2023).
37. Mead S. Crisis as an opportunity for growth and change. En: Intentional Peer Support [website]. Chesterfield: Intentional Peer Support n.d. (www.intentionalpeersupport.org/articles/?v=b8a74b2fbcbb, consultado el 31 de mayo de 2023).
38. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA et al. Poverty and common mental disorders in low- and middle-income countries: a systematic review. Soc Sci Med. 2010; 71:517–28. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>.
39. Hert MDE, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011; 10:52–77. <http://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>.
40. Special initiative for mental health (2019–2023): universal health coverage for mental health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>, consultado el 31 de mayo de 2023).
41. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. Bull World Health Organ. 2016; 94:340–50F. <http://doi.org/10.2471/BLT.15.163295>.
42. Roberts B, Browne J. A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. Glob Public Health. 2011; 6:814–29. <http://doi.org/10.1080/17441692.2010.511625>.
43. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. Lancet Psychiatry. 2016; 3:415–24. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4).

44. McDaid D, Park AL, Wahlbeck K. The economic case for the prevention of mental illness. *Annu Rev Public Health*. 2019; 40:373–89. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>.
45. Atlas de la salud mental 2020; pág. 54. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, consultado el 31 de mayo de 2023).
46. Lovett A, Kwon HR, Kidia K, Machando D, Crooks M, Fricchione G et al. Mental health of people detained within the justice system in Africa: systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2019; 13:31. <http://doi.org/10.1186/s13033-019-0273-z>.
47. Prins SJ. Prevalence of mental illnesses in US State prisons: a systematic review. *Psychiatric Services* 2014; 65:862–72. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201300166>.
48. Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, Lisako E et al. Prevalence of mental disorders among people who are homeless: an umbrella review. *Int J Soc Psychiatry*. 2020; 66:528–41. <http://doi.org/10.1177/0020764020924689>.
49. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Mc Lean R et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2019; 17:25. <http://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>.
50. Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Brussels: Mental Health Europe; 2017 (<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, consultado el 31 de mayo de 2023).
51. Glerup CS, Østergaard SD, Hjuler RS. Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry – a systematic review. *Acta Neuropsychiatr*. 2019; 31:237–45. <http://doi.org/10.1017/neu.2019.22>.
52. Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open*. 2016; 6:e010188. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010188>.
53. Shen GC, Eaton J, Snowden LR. Mainstreaming mental health care in 42 countries. *Health Syst Reform*. 2017;3:313–24. <http://doi.org/10.1080/23288604.2017.1356424>.
54. Living in chains. Shackling of people with psychosocial disabilities worldwide. New York: Human Rights Watch; 2020 (www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/10/global_shackling1020_web_1.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
55. Gender and mental health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68884>, consultado el 31 de mayo de 2023).
56. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med*. 2015; 45:875–86. <http://doi.org/10.1017/S0033291714001962>.
57. Práctica de las llamadas “terapias de conversión”. Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, Víctor Madrigal-Borloz, 1 de mayo de 2020 (A/HRC/44/53) Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/es/A/HRC/44/53>, consultado el 31 de mayo de 2023).
58. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development [published correction appears in *Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1518]. *Lancet*. 2018; 392:1553–98. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
59. Noble P. Mental health services and legislation – an historical review. *Medicine Science and the Law*. 1981; 21:16–24. <http://doi.org/10.1177/002580248102100105>.
60. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; pág. 23. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
61. Ndeti DM, Muthike J, Nandoya ES. Kenya’s mental health law. *BJPsych Int*. 2017; 14:96–7. <http://doi.org/10.1192/s2056474000002117>.
62. Perlin ML. The use of mental disability law to suppress political dissent. En: *International human rights and mental disability law: when the silence are heard*. Oxford: Oxford University Press; 2011:59–80.

63. Ilmseher c. Alemania [GC], 2018; §127. Tribunal Europeo de Derechos Humanos.
64. Stanev c. Bulgaria [GC], 2012; §145. Tribunal Europeo de Derechos Humanos.
65. D.D. c. Lituania, 2012; §156. Tribunal Europeo de Derechos Humanos.
66. Kallweit c. Alemania, 2011; §45. Tribunal Europeo de Derechos Humanos.
67. Shtukaturov c. Rusia, 2008; §114. Tribunal Europeo de Derechos Humanos.
68. Varbanov c. Bulgaria, 2000; §45. Tribunal Europeo de Derechos Humanos.
69. Winterwerp c. Países Bajos 6301/73 [1979]; §39. Comisión Europea de Derechos Humanos 4.
70. Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Nueva York: Naciones Unidas; 1991 (www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/onu/ consultado el 31 de mayo de 2023).
71. Ley 833 del 23 de Diciembre de 1978; 'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale' ['Institución del Servicio Sanitario Nacional']. Gazzetta Ufficiale della Repubblica; 28 de diciembre de 1978, núm. 360. Roma; 1978 (www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1978/12/28/360/so/0/sg/pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
72. Declaración de Caracas. Adoptada el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia Regional sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina; convocada en Caracas, Venezuela. Caracas: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1990.
73. Lei nº. 10.216 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Ley 10.216 – prevé la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención de la salud mental). Brasília: Presidencia de la República; 2001 (www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm, consultado el 31 de mayo de 2023).
74. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ley 26657 y su decreto reglamentario núm. 603/13. En: Buenos Aires. Ministerio de Salud; 2010 (<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-y-decreto-reglamentario-6032013>, consultado el 31 de mayo de 2023).
75. Ley de Salud Mental (2017). Ley 19529. Montevideo: Ministerio de Salud Pública/Dirección General de la Salud; 2017 (www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf consultado el 31 de mayo de 2023).
76. Ley de Salud Mental (2019). Ley 30947. Lima: El Congreso de la República; 2019 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>, consultado el 31 de mayo de 2023).
77. Ley 21331 (2021), Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de la salud mental. Santiago: Ministerio de Salud; 2021 (www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383, consultado el 31 de mayo de 2023).
78. Atlas de la salud mental 2020; pág. 37. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, consultado el 31 de mayo de 2023).
79. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de la Argentina (CRPD/C/ARG/CO/2-3); 24 de marzo de 2023; párrs. 29 a 31. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2023. (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FARG%2FCO%2F2-3&Lang=en, consultado el 23 de octubre de 2023).
80. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados del Perú (CRPD/C/PER/CO/2-3); 24 de marzo de 2023; párrs. 28 y 29. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2023 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FPER%2FCO%2F2-3&Lang=en, consultado el 31 de mayo de 2023).

81. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial de la República de Corea (CRPD/C/KOR/CO/1); 29 de octubre de 2014; párrs. 31 y 32. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/KOR/CO/1> consultado el 31 de mayo de 2023).
82. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial de la India (CRPD/C/IND/CO/1); 29 de octubre de 2019; párrs. 27, 30 y 31. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2019 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/IND/CO/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
83. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial de Filipinas (CRPD/C/PHL/CO/1); 16 de octubre de 2018; párrs. 28 y 29. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2018 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/PHL/CO/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
84. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; págs. 70 a 113. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
85. Kay W. Mental health law: abolish or reform? Oxford: Oxford University Press; 2021.
86. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Dainius Pūras, 15 de abril de 2020 (A/HRC/44/48). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/es/A/HRC/44/48>, consultado el 31 de mayo de 2023).
87. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; pág. 104. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
88. Szmukler G. Compulsion and “coercion” in mental health care. World Psychiatry. 2015; 14:259–61. <http://doi.org/10.1002/wps.20264>.
89. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne; 2018 (https://socialequity.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
90. Arboleda-Flóres J. Psychiatry and the law – do the fields agree in their views on coercive treatment? En: Kallert TW, Mezzich E, Monahan J, editors. Coercive treatment in psychiatry: clinical, legal and ethical aspects; first edition. Hoboken: Wiley; 2011:83.
91. Wasserman D, Apter G, Baeken C, Bailey S, Balazs J, Bec C et al. Compulsory admissions of patients with mental disorders: state of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. European Psychiatry. 2020; 63:e82. <http://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.79>.
92. Sheridan Rains L, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. Lancet Psychiatry. 2019; 6:403–17. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2)
93. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. Epidemiology Psychiatry Sciences. 2019; 28:605–12. <http://doi.org/10.1017/S2045796019000350>.
94. Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. BMC Psychiatry. 2013; 13:169. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169>.
95. Knapp M, Cyhlarova E, Comas-Herrera A, Lorenz-Dant K. Crystallising the case for deinstitutionalisation: COVID-19 and the experiences of persons with disabilities. London: LSE, Care Policy and Evaluation Centre; 2021 (www.lse.ac.uk/cpec/assets/documents/CPEC-Covid-Desinstitutionalisation.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
96. Hellum Braathen S, Rohleder P, Azalde G. Literature review: sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities. Trondheim: SINTEF Technology and Society Department of Health; 2017 (www.sintef.no/en/projects/2017/literature-review-sexual-and-reproductive-health-a/, consultado el 31 de mayo de 2023).
97. Noroozi M, Singh I, Fazel M. Evaluation of the minimum age for consent to mental health treatment with the minimum age of criminal responsibility in children and adolescents: a global comparison. Evid Based Ment Health. 2018; 21:82–6. <http://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300032>.

98. Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal; 2018 (https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Livro_Relatorio_espanhol_web.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
99. Miller PS, Levine RL. Avoiding genetic genocide: understanding good intentions and eugenics in the complex dialogue between the medical and disability communities. *Genet Med*. 2013; 15:95–102. <http://doi.org/10.1038/gim.2012.102>.
100. Zuber AL. Implications for healing, transformation and prosperity: historical and cultural trauma and people with intellectual and developmental disabilities. Minnesota: University of Minnesota Digital Conservancy; 2018 (<https://hdl.handle.net/11299/201570>, consultado el 31 de mayo de 2023).
101. Sugiura K, Mahomed F, Saxena S, Patel V. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2020; 98:52–8. <http://doi.org/10.2471/BLT.19.234906>.
102. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Observación General núm. 2 (2008). CAT/C/G/2; 24 de enero de 2008. Ginebra: Comité contra la Tortura; 2008 (<https://undocs.org/es/CAT/C/GC/2>, consultado el 31 de mayo de 2023).
103. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Información sobre los Procedimientos Especiales Derechos Humanos [sitio web]. n.d. (www.ohchr.org/es/special-procedures-human-rights-council/special-procedures-human-rights-council, consultado el 31 de mayo de 2023).
104. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 1 de febrero de 2013, párr. 89 b) (A/HRC/22/53). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2013 (<https://undocs.org/es/A/HRC/22/53>, consultado el 31 de mayo de 2023).
105. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Nils Melzer, 20 de marzo de 2020; párr. 37 (A/HRC/43/49). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/es/A/HRC/43/49>, consultado el 31 de mayo de 2023).
106. Funk M, Drew N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry*. 2019; 18:43–4. <http://doi.org/10.1002/wps.20600>.
107. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2019; 10:400. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00400>.
108. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2006; 3:8–18. <http://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x>.
109. Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS One*. 2016; 11: e0156322. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0156322>.
110. Ribeiro J, Franklin J, Fox KR, Bentley K, Kleiman EM, Chang B et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychology Medicine*. 2016; 46:225–36. <http://doi.org/10.1017/S0033291715001804>.
111. Handley T, Rich J, Davies K, Lewin T, Kelly B. The challenges of predicting suicidal thoughts and behaviours in a sample of rural Australians with depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15:928. <http://doi.org/10.3390/ijerph15050928>.
112. Large MM. The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018; 20:197–205. <http://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/mlarge>.
113. Halle C, Tzani-Pepelasi C, Pylarinou N, Fumagalli A. The link between mental health, crime and violence. *New Ideas Psychol*. 2020; 58:1–8. <http://doi.org/10.1016/J.NEUIDEAPSYCH.2020.100779>.
114. Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, Gupta R, Deb KS. Violence and mental illness: what is the true story? *J Epidemiol Community Health*. 2016; 70:223–5. <http://doi.org/10.1136/jech-2015-205546>.

115. Fusar-Poli P, Sunkel C, Larrauri CA, Kéri P, McGorry P, Thornicroft G et al. Violence and schizophrenia: who is the perpetrator and who is the victim? En: World Psychiatry. 2023 (https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/files/193273821/Fusar_Poli_Violence_and_schizophrenia.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
116. Wynn R. Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. Int J Psychiatry Clin Pract. 2006; 10:247–51. <http://doi.org/10.1080/13651500600650026>.
117. Rugkåsa J. Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. Can J Psychiatry. 2016; 61:15–24. <http://doi.org/10.1177/0706743715620415>.
118. Watts J, Priebe S. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. Bioethics. 2002; 16:439–54. <http://doi.org/10.1111/1467-8519.00301>.
119. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychother Res. 2006; 16:214–28. <http://doi.org/10.1080/10503300500268490>.
120. Nationaler Vergleichsbericht 2018. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; 2019 (www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQpsy_EP_Nationaler-Vergleichsbericht_2018.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
121. Beavan V, de Jager A, dos Santos B. Do peer-support groups for voice-hearers work? A small scale study of Hearing Voices Network support groups in Australia. Psychosis. 2017; 9:57–66. <http://doi.org/10.1080/17522439.2016.1216583>.
122. Declaración Universal de los Derechos Humanos (Resolución 217A (III)), 10 de diciembre de 1948. Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 1948 (www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights, consultado el 31 de mayo de 2023).
123. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966. Ginebra: Naciones Unidas, Asamblea General; 1976 (www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights, consultado el 31 de mayo de 2023).
124. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966. Ginebra: Naciones Unidas, Asamblea General; 1976 (www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights, consultado el 31 de mayo de 2023).
125. Tratados de derechos humanos. En: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos [sitio web]. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos n.d (www.ohchr.org/es/instruments-listings, consultado el 31 de mayo de 2023).
126. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1946 (www.who.int/es/about/accountability/governance/constitution).
127. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Dainius Pūras, 28 de marzo de 2017; párr. 6 (A/HRC/35/21). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/35/21>, consultado el 31 de mayo de 2023).
128. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12); párr. 12 (E/C.12/2000/4); 25 de abril a 12 de mayo de 2000. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, consultado el 31 de mayo de 2023).
129. Salud mental y derechos humanos. Informe Anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; párr. 22 (A/HRC/34/32). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/34/32>, consultado el 31 de mayo de 2023).
130. Degener T. Disability in a human rights context. Laws. 2016; 5:35. <http://doi.org/10.3390/laws5030035>.

131. Beresford P, Perring R, Nettle M, Wallcraft J. From mental illness to a social model of madness and distress. London: Shaping Our Lives; 2016 (<https://shapingourlives.org.uk/report/from-mental-illness-to-a-social-model-of-madness-and-distress/>, consultado el 31 de mayo de 2023).
132. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 6 (2018) sobre la igualdad y la no discriminación; párr. 8 (CRPD/C/GC/6); 14 de febrero a 9 de marzo de 2018. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2018 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/6>, consultado el 31 de mayo de 2023).
133. Discussion paper. A rights-based approach to disability in the context of mental health; pág. 13. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2021 (www.unicef.org/documents/rights-based-approach-disability-context-mental-health, consultado el 31 de mayo de 2023).
134. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 6 (2018) sobre la igualdad y la no discriminación; párr. 11 (CRPD/C/GC/6); 14 de febrero a 9 de marzo de 2018. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2018 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/6>, consultado el 31 de mayo de 2023).
135. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar, 20 de diciembre de 2016 (A/HRC/34/58). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2016 (www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10364.pdf, consultado el 5 de septiembre de 2020).
136. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Observación general núm. 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (art. 2, párr. 1 del Pacto) Adoptada en el quinto período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 14 de diciembre de 1990 (contenida en el documento E/1991/23). Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR); 1990 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CESCR/GEC/4758&Lang=en, consultado el 31 de mayo de 2023).
137. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 15 (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
138. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar, 12 de diciembre de 2017 (A/HRC/37/56). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/37/56>, consultado el 31 de mayo de 2023).
139. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 17 (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
140. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices sobre el artículo 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El derecho a la libertad y a la seguridad de las personas con discapacidad. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2015 (www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc, consultado el 31 de mayo de 2023).
141. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar, 11 de enero de 2019 (A/HRC/40/54). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/A/HRC/40/54>, consultado el 31 de mayo de 2023).
142. Principios y Directrices básicos de las Naciones Unidas sobre los recursos y procedimientos relacionados con el derecho de toda persona privada de libertad a recurrir ante un tribunal. Informe del Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria; 6 de julio de 2015 (A/HRC/30/37). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2015 (<https://undocs.org/es/A/HRC/30/37>, consultado el 31 de mayo de 2023).
143. Mujeres privadas de libertad. Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, 15 de mayo de 2019 (A/HRC/41/33). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/A/HRC/41/33>, consultado el 31 de mayo de 2023).

144. Reform of mental health services: an urgent need and a human rights imperative. En: Consejo de Europa [sitio web]. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2021 (www.coe.int/en/web/commissioner/-/reform-of-mental-health-services-an-urgent-need-and-a-human-rights-imperative, consultado el 31 de mayo de 2023).
145. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Recommendation 2158 (2019). Estrasburgo: Asamblea Parlamentaria; 2019 (www.europeanrights.eu/public/atti/COE_2158_Recommandations_ENG.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
146. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Resolution 2291. Bruselas: Asamblea Parlamentaria. Consejo de Europa; 2019 (<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038>, consultado el 31 de mayo de 2023).
147. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Observación general núm. 35: artículo 9 (Libertad y seguridad personales) (CCPR/C/GC/35); 7 a 31 de octubre de 2014. Ginebra: Comité de Derechos Humanos; 2014 (<https://undocs.org/es/CCPR/C/GC/35>, consultado el 31 de mayo de 2023).
148. Enfoque del Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes respecto de los derechos de las personas institucionalizadas y bajo tratamiento médico sin consentimiento informado; 26 de enero 2016 (CAT/OP/27/2). Ginebra: Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; 2016 (<https://undocs.org/es/CAT/OP/27/2>, consultado el 31 de mayo de 2023).
149. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
150. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley, párr. 42 (CRPD/C/GC/1), 31 de marzo a 11 de abril 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
151. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 1 de febrero de 2013 (A/HRC/22/53). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2013 (<https://undocs.org/es/A/HRC/22/53>, consultado el 31 de mayo de 2023).
152. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Nils Melzer, 20 de marzo de 2020 (A/HRC/43/49). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/es/A/HRC/43/49>, consultado el 31 de mayo de 2023).
153. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad; párr. 8 (CRPD/C/GC/5). Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2017. (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/5>, consultado el 31 de mayo de 2023).
154. Appelbaum PS. Civil mental health law: its history and its future. Mental and Physical Disability Law Reporter. 1996; 20:599–604. (www.jstor.org/stable/20784735, consultado el 31 de mayo de 2023).
155. Warburton K, Stahl SM. Balancing the pendulum: rethinking the role of institutionalization in the treatment of serious mental illness. CNS Spectr. 2020; 25:115–8. <http://doi.org/10.1017/S1092852920000176>.
156. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad; párr. 58 (CRPD/C/GC/5). Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2017 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/5>, consultado el 31 de mayo de 2023).
157. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/RES/61/106). Artículo 3 c): Principios generales. Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 2006 (<https://undocs.org/es/A/RES/61/106>, consultado el 31 de mayo de 2023).

158. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Foundations. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2020 (www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-foundations.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
159. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 7 (2018) sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención; párr. 44 (CRPD/C/GC/7); 27 de agosto a 21 de septiembre de 2018. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2018 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/7>, consultado el 31 de mayo de 2023).
160. Salud mental y derechos humanos. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; párr. 44 (A/HRC/34/32). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/34/32>, consultado el 31 de mayo de 2023).
161. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General núm. 5 (2017) sobre vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad (CRPD/C/GC/5). Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2017. (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/5>, consultado el 31 de mayo de 2023).
162. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Foundations; pág. 45. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2020 (www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-foundations.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
163. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Foundations; pág. 44. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2020 (www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-foundations.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
164. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de salud mental y adicciones, 15 de mayo de 2022. Ciudad de México: Presidencia de la República; 2022 (www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022%23, consultado el 31 de mayo de 2023).
165. Salud mental y derechos humanos. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; párr. 9 (A/HRC/34/32). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/34/32>, consultado el 31 de mayo de 2023).
166. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General núm. 6 (2018) sobre igualdad y no discriminación; párrs. 23 a 27 (CRPD/C/GC/6); 14 de febrero a 9 de marzo de 2018. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2018. (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/6>, consultado el 31 de mayo de 2023).
167. Mental Health Act. Republic Act No. 11036, art. 4 (e). Manila: República de Filipinas; 2017 (https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2018/ra_11036_2018.html consultado el 31 de mayo de 2023).
168. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General núm. 6 (2018) sobre igualdad y no discriminación; párr. 48 (CRPD/C/GC/6); 14 de febrero a 9 de marzo de 2018. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2018. (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/6>, consultado el 31 de mayo de 2023).
169. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General núm. 6 (2018) sobre igualdad y no discriminación; párr. 50 (CRPD/C/GC/6); 14 de febrero a 9 de marzo de 2018. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2018. (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/6>, consultado el 31 de mayo de 2023).
170. Rights of Persons with Disabilities Act 2015 (P.L. 2015–51) [26 MIRC], §1117. Majuro: Nitijelā de la República de las Islas Marshall; 2015 (www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/12/Marshall-islands_Rights-of-Persons-with-disabilities-Act-2015.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
171. Appelbaum PS, Parks J. Holding insurers accountable for parity in coverage of mental health treatment. *Psychiatr Serv.* 2020; 71:202–4. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201900513>.

172. Affording protection: mental health and insurance. Research Report. London: Mental Health UK; 2020 (<https://mhukcdn.s3.eu-west-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2020/07/29173911/Affording-protection-mental-health-and-insurance.pdf>, consultado el 31 de mayo de 2023).
173. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12); párr. 19 (E/C.12/2000/4); 25 de abril a 12 de mayo de 2000. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, consultado el 31 de mayo de 2023).
174. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. La toma de conciencia a tenor del artículo 8 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 17 de diciembre de 2019; párr. 55 A/HRC/43/27. Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/A/HRC/43/27>, consultado el 31 de mayo de 2023).
175. Kvaale EP, Gottdiener WH, Haslam N. Biogenetic explanations and stigma: a meta-analytic review of associations among laypeople. *Soc Sci Med*. 2013; 96:95–103. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.017>.
176. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2010; 167:1321–30. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>.
177. Virginia Legislative Senate: Bill 953. New York State Assembly; A03887 memo; Florida session: Bill 7030; State of New Jersey: Bill A4500/4446. Albany: New York State Assembly; 2021 (https://nyassembly.gov/leg/?default_fld&leg_video&bn=A08320&term=2021&Text=Y, consultado el 31 de mayo de 2023).
178. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *San Mateo: Annual Review of Sociology*; 2001:27 (www.jstor.org/stable/2678626, consultado el 31 de mayo de 2023).
179. Suite DH, La Bril R, Primm A, Harrison-Ross P. Beyond misdiagnosis, misunderstanding and mistrust: relevance of the historical perspective in the medical and mental health treatment of people of color. *J Natl Med Assoc*. 2007; 99:879–85. (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2574307/, consultado el 31 de mayo de 2023).
180. Bhui K, Bhugra D, Goldberg D, Dunn G, Desai M. Cultural influences on the prevalence of common mental disorder, general practitioners’ assessments and help-seeking among Punjabi and English people visiting their general practitioner. *Psychol Med*. 2001; 31:815–25. <http://doi.org/10.1017/s0033291701003853>.
181. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Dainius Pūras, 28 de marzo de 2017, Dainius Pūras, 28 de marzo de 2017; párr. 18. (A/HRC/35/21). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/35/21>, consultado el 31 de mayo de 2023).
182. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Dainius Pūras, 28 de marzo de 2017; párr. 48 (A/HRC/35/21). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/35/21>, consultado el 31 de mayo de 2023).
183. Thompson S. The diagnosis debate. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1:498–9. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00065-0](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00065-0).
184. Informe del Relator Especial sobre el derecho a la privacidad; Joseph A Cannataci, 5 de agosto de 2019; párr. 6 (A/74/277). Nueva York: Asamblea General; 2019 (<https://undocs.org/es/A/74/277>, consultado el 31 de mayo de 2023).
185. Informe del Relator Especial sobre el derecho a la privacidad; Joseph A Cannataci, 5 de agosto de 2019; párr. 8.3 (A/74/277). Nueva York: Asamblea General; 2019 (<https://undocs.org/es/A/74/277>, consultado el 31 de mayo de 2023).
186. Informe del Relator Especial sobre el derecho a la privacidad; Joseph A Cannataci, 5 de agosto 2019; párr. 9.1 (A/74/277). Nueva York: Asamblea General; 2019 (<https://undocs.org/es/A/74/277>, consultado el 31 de mayo de 2023).
187. Informe del Relator Especial sobre el derecho a la privacidad; Joseph A Cannataci, 5 de agosto 2019; párr. 9.2 (A/74/277). Nueva York: Asamblea General; 2019 (<https://undocs.org/es/A/74/277>, consultado el 31 de mayo de 2023).
188. Informe del Relator Especial sobre el derecho a la privacidad; Joseph A Cannataci, 5 de agosto 2019; párr. 40.2 (A/74/277). Nueva York: Asamblea General; 2019 (<https://undocs.org/es/A/74/277>, consultado el 31 de mayo de 2023).

189. Informe provisional del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; Manfred Nowak, 28 de julio de 2008; párr. 52 (A/63/175). Nueva York: Asamblea General; 2008 (<https://undocs.org/es/A/63/175>, consultado el 31 de mayo de 2023).
190. 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. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/150398>, consultado el 31 de mayo de 2023).
191. 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 apoyo social, anexo 4. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/150398>, consultado el 31 de mayo de 2023).
192. La transformación de los servicios y la promoción de los derechos humanos: formación y orientación de QualityRights: servicios sociales y de salud mental. Guía del curso. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://iris.who.int/handle/10665/365962>, consultado el 31 de mayo de 2023).
193. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 7 (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
194. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Catalina Devandas Aguilar, 12 de diciembre de 2017; párr. 38 (A/HRC/37/56). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/37/56>, consultado el 31 de mayo de 2023).
195. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights specialized training. Course slides. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329647>, consultado el 31 de mayo de 2023).
196. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Catalina Devandas Aguilar, 12 de diciembre de 2017; párr. 40 (A/HRC/37/56). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/37/56>, consultado el 31 de mayo de 2023).
197. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 27 (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
198. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 28 (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
199. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Catalina Devandas Aguilar, 12 de diciembre de 2017; párr. 41 (A/HRC/37/56). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/37/56>, consultado el 31 de mayo de 2023).
200. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 29(e) (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
201. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Catalina Devandas Aguilar, 12 de diciembre de 2017; párr. 45 (A/HRC/37/56). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017 (<https://undocs.org/es/A/HRC/37/56>, consultado el 31 de mayo de 2023).
202. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 29(h) (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).

203. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 29(g) (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
204. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 22 (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
205. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
206. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia (2022) (CRPD/C/5); párr. 55. Ginebra: Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2022 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/5, consultado el 31 de mayo de 2023).
207. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014), artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley; párr. 36 (CRPD/C/GC/1); 31 de marzo a 11 de abril de 2014. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2014 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
208. Convención sobre los Derechos del Niño. Observación general núm. 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (art. 3, párr. 1); (CRC/C/GC/14); 14 de enero a 1 de febrero de 2013. Ginebra: Comité de los Derechos del Niño; 2013 (<https://undocs.org/es/CRC/C/GC/14>, consultado el 31 de mayo de 2023).
209. Convención sobre los Derechos del Niño. Observación general núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24); párr. 21 (CRC/C/GC/15); 14 de enero a 1 de febrero de 2013. Ginebra: Comité de los Derechos del Niño; 2013 (<https://undocs.org/es/CRC/C/GC/15>, consultado el 31 de mayo de 2023).
210. Convención sobre los Derechos del Niño. Observación general núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24); párr. 31 (CRC/C/GC/15); 14 de enero a 1 de febrero de 2013. Ginebra: Comité de los Derechos del Niño; 2013 (<https://undocs.org/es/CRC/C/GC/15>, consultado el 31 de mayo de 2023).
211. Convención sobre los Derechos del Niño. Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia; párr. 39 (CRC/C/GC/20). Ginebra: Convención sobre los derechos del niño; 2016 (<https://undocs.org/es/CRC/C/GC/20>, consultado el 31 de mayo de 2023).
212. Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato. Formación básica de QualityRights de la OMS: los servicios sociales y de salud mental. Guía del curso; pág. 24. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. <https://iris.who.int/handle/10665/329582> consultado el 31 de mayo de 2023).
213. Implementing alternatives to coercion: a key component of improving mental health care. Ginebra: World Psychiatric Association; 2020 (www.wpanet.org/_files/ugd/e172f3_635a89af889c471683c29fcd981db0aa.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
214. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras, 10 de abril de 2018, párr. 25 (A/HRC/38/36). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2018 (<https://undocs.org/es/A/HRC/38/36>, consultado el 31 de mayo de 2023).
215. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (A/RES/61/106). Artículo 25 d): Salud. Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 2006 (<https://undocs.org/es/A/RES/61/106>, consultado el 31 de mayo de 2023).
216. Lin YK, Liu KT, Chen CW, al. e. How to effectively obtain informed consent in trauma patients: a systematic review. BMC Med Ethics. 2019; 20:8. <http://doi.org/10.1186/s12910-019-0347-0>.
217. Warren JB. The trouble with antidepressants: why the evidence overplays benefits and underplays risks – an essay by John B Warren. BMJ. 2020;370:m3200. <http://doi.org/10.1136/bmj.m3200>.

218. Murray RM. Mistakes I have made in my research career. *Schizophr Bull.* 2017; 43:253-6. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbw165>.
219. Read J, Cunliffe S, Jauhar S, McLoughlin DM. Should we stop using electroconvulsive therapy? *BMJ.* 2019;9:k5233. <http://doi.org/10.1136/bmj.k5233>.
220. Breggin PR. Electroshock: scientific, ethical, and political issues. *Int J Risk Saf Med.* 1998; 11:5. (www.ectresources.org/ECTscience/Breggin_1998_ECT__Overview.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
221. Read J, Harrop C, Geekie J, Renton J, Cunliffe S. A second independent audit of electroconvulsive therapy in England, 2019: usage, demographics, consent, and adherence to guidelines and legislation. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 2021; 94:603–19. <http://doi.org/10.1111/papt.12335>.
222. Gazdag G, Takács R, Ungvari GS, Sienaert P. The practice of consenting to electroconvulsive therapy in the European Union. *J ECT.* 2012; 28:4–6. <http://doi.org/10.1097/YCT.0b013e318223c63c>
223. Sackeim H, Prudic J, Fuller R, Keilp J, Lavori PW, Olfson M. The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacol.* 2007; 32:244–54. <http://doi.org/10.1038/sj.npp.1301180>.
224. Regulatory update to thymatron system IV instruction manual. *Somatics*; 2018 (www.thymatron.com/downloads/System_IV_Regulatory_Update.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
225. Faria MA. Violence, mental illness, and the brain – a brief history of psychosurgery: part 1 – from trephination to lobotomy. *Surg Neurol Int.* 2013; 4:49. <http://doi.org/10.4103/2152-7806.110146>.
226. Chandler JA, Cabrera LY, Doshi P, Fecteau S, Fins JJ, Guinjoan S et al. International legal approaches to neurosurgery for psychiatric disorders. *Front Hum Neurosci.* 2021; 14:588458. <http://doi.org/10.3389/fnhum.2020.588458>.
227. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Observación general núm. 20: artículo 7 (prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes); párr. 3. Ginebra: Comité de Derechos Humanos; 1992 (www.refworld.org/docid/453883fb0.html, consultado el 31 de mayo de 2023).
228. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12); párr. 8 (E/C.12/2000/4); 25 de abril a 12 de mayo de 2000. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, consultado el 31 de mayo de 2023).
229. Código Civil alemán (Federal Law Gazette [Bundesgesetzblatt] I página 42, 2909; 2003 I página 738), enmendado en 2021; sección 1901a. Berlín: República Federal de Alemania; 2002 (www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/englisch_bgb.html, consultado el 31 de mayo de 2023).
230. Standing H, Lawlor R. Ulysses contracts in psychiatric care: helping patients to protect themselves from spiralling. *J Med Ethics.* 2019; 45:693–9. <http://doi.org/10.1136/medethics-2019-105511>.
231. Gergel T, Das P, Owen G, Stephenson L. Reasons for endorsing or rejecting self-binding directives in bipolar disorder: a qualitative study of survey responses from UK service users. *Lancet Psychiatry.* 2016; 8:599–609. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00115-2](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00115-2).
232. Roennfeldt H, Wyder M, Byrne L, Hill N, Randall R, Hamilton B. Subjective experiences of mental health crisis care in emergency departments: a narrative review of the qualitative literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18:9650. <http://doi.org/10.3390/ijerph18189650>.
233. Harris B, Beurmann R, Fagien S, Shattell MM. Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: a secondary analysis. *Int Emerg Nurs.* 2016; 26:14-9. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.004>.
234. Stastny P, Lovell AM, Hannah J, Goulart D, Vasquez A, O'Callaghan S et al. Crisis response as a human rights flashpoint: critical elements of community support for individuals experiencing significant emotional distress. *Health Hum Rights.* 2020; 22:105–19. (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348421/, consultado el 31 de mayo de 2023).
235. Minkowitz T. Reimagining crisis support: matrix, roadmap and policy. Nueva York: Lilith's Warrior Press; 2021.
236. Ennis E, Walker E. Experiences of a community crisis intervention service. *Issues Ment Health Nurs.* 2022; 43:96–102. <http://doi.org/10.1080/01612840.2021.1953650>.

237. Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing “coercion” in mental health services: an international scoping review of English language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2020; 142:27–39. <http://doi.org/10.1111/acps.13152>.
238. Szmukler G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry*. 2014; 37:245–52. <http://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.024>.
239. Zinkler M, Von Peter S. End coercion in mental health services – toward a system based on support only. *Laws*. 2019; 8:19. <http://doi.org/10.3390/laws8030019>.
240. Simon J, Mayer S, Łaszewska A, Rugkåsa J, Yeeles K, Burns T et al. Cost and quality-of-life impacts of community treatment orders (CTOs) for patients with psychosis: economic evaluation of the OCTET trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021; 56:85–95. <http://doi.org/10.1007/s00127-020-01919-4>.
241. Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Caldas-de-Almeida J, Eaton J, Gureje O et al. Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence. *Br J Psychiatry*. 2020:1–11. <http://doi.org/10.1192/bjp.2020.144>.
242. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Catalina Devandas Aguilar. Visita a Francia, 8 de enero de 2019; párr. 65 (A/HRC/40/54/add.1). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/A/HRC/40/54/ADD.1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
243. Moritz S, Gawęda Ł, Heinz A, Gallinat J. Four reasons why early detection centers for psychosis should be renamed and their treatment targets reconsidered: we should not catastrophize a future we can neither reliably predict nor change. *Psychol Med*. 2019; 49:2134–40. <http://doi.org/10.1017/S0033291719001740>.
244. Parker I, Schnackenberg J, Hopfenbeck M. The practical handbook of hearing voices: therapeutic and creative approaches. Monmouth: PCCS Books; 2021.
245. Implementing alternatives to coercion in mental health care. Discussion paper from the WPA Taskforce. Ginebra: Asociación Mundial de Psiquiatría; 2020 (http://ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_3702b1a4202c458b85451e6d74075cbc.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
246. Estrategias para acabar con el aislamiento y la contención. Formación especializada de QualityRights de la OMS. Guía del curso. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/365957>, consultado el 31 de mayo de 2023).
247. Newton-Howes G, Savage M, Arnold R, Hasegawa T, Staggs V, Kisely S. The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020; 29:e190. <http://doi.org/10.1017/S2045796020001031>.
248. Rose D, Perry E, Rae S, Good N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych Int*. 2017; 14:59–61. <http://doi.org/10.1192/s2056474000001914>.
249. Ley de Salud Mental, 2017. Ley 10 del 2017, 7 de abril del 2017; disposición 95 d). Nueva Delhi: Ministerio de Derecho y Justicia; 2017 (www.indiacode.nic.in/bitstream/123456789/2249/1/A2017-10.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
250. Undang-undang Republik Indonesia, nomor 18 Tahun 2014, tentang, Kesehatan Jiwa [Ley (proyecto de ley) de la República de Indonesia, núm. 18, 2014, relativa a la salud mental], art. 86. Yakarta: Presidente de la República de Indonesia; 2014 (<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38646/uu-no-18-tahun-2014>, consultado el 31 de mayo de 2023).
251. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>, consultado el 31 de mayo de 2023).
252. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Observación general núm. 36, art. 6: Derecho a la vida, párr. 9 (CCPR/C/GC/36); 3 de septiembre de 2019. Ginebra: Comité de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/CCPR/C/GC/36>, consultado el 31 de mayo de 2023).

253. Se necesitan cambios importantes en la prevención del suicidio, con un enfoque basado en los derechos para hacer la vida “más vivible” - experto de la ONU. En: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos [sitio web]. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos; 2019 (www.ohchr.org/en/press-releases/2019/10/major-changes-suicide-prevention-needed-rights-based-approach-make-life-more, consultado el 31 de mayo de 2023).
254. Prevención del suicidio: un imperativo global; pág. 51. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>, consultado el 31 de mayo de 2023).
255. Decriminalising suicide: saving lives, reducing stigma. London: United for Global Mental Health; 2021 (<https://unitedgmh.org/knowledge-hub/decriminalising-suicide-saving-lives-reducing-stigma-latest-report/>, consultado el 31 de mayo de 2023).
256. Wu KC-C, Cai Z, Chang Q, al e. Criminalisation of suicide and suicide rates: an ecological study of 171 countries in the world. *BMJ Open*. 2022; 12:e049425. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049425>.
257. Mental health: achieving ‘parity of esteem’. En: UK Parliament, House of Commons Library [sitio web]. Londres: UK Parliament, House of Commons Library; 2020 (<https://commonslibrary.parliament.uk/mental-health-achieving-parity-of-esteem/>, consultado el 31 de mayo de 2023).
258. Mental health parity. En: NAMI, National Alliance on Mental Illness [sitio web]. Arlington: NAMI, National Alliance on Mental Illness; n.d. (www.nami.org/Advocacy/Policy-Priorities/Improving-Health/Mental-Health-Parity, consultado el 31 de mayo de 2023).
259. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ley 26657 y su decreto reglamentario núm. 603/13; art. 32. En: Buenos Aires. Ministerio de Salud; 2010 (<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-y-decreto-reglamentario-6032013>, consultado el 31 de mayo de 2023).
260. Ley de Protección de la Salud Mental. Ley 314, art. 21. Ciudad de Panamá: Asamblea Nacional de Panamá; 2021 (<https://alamocpanama2016.bravesites.com/ley-314-conceptos>, consultado el 31 de mayo de 2023).
261. Mental Health Act no 846; 31 de mayo de 2012, art. 88. Accra: República de Ghana; 2012 (www.moh.gov.gh/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Act-846-2012.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
262. Clarke D, Rajan D, Schmets G. Creating a supportive legal environment for universal health coverage. *Bull World Health Organ*. 2016; 94:482. <http://doi.org/10.2471/BLT.16.173591>.
263. Judd F, Armstrong S, Kulkarni J. Gender-sensitive mental health care. *Australasian Psychiatry*. 2009; 17:105–11. <http://doi.org/10.1080/10398560802596108>.
264. Chalmers KJ, Bond KS, Jorm AF, Kelly CM, Kitchener BA, Williams-Tchen A. Providing culturally appropriate mental health first aid to an Aboriginal or Torres Strait Islander adolescent: development of expert consensus guidelines. *Int J Ment Health Syst*. 2014; 8:6. <http://doi.org/10.1186/1752-4458-8-6>.
265. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (Resolución A/RES/61/295); 2 de octubre de 2007. Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 2007 (www.refworld.org/es/leg/resolution/unga/2007/es/49353, consultado el 31 de mayo de 2023).
266. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12); párr. 27 (E/C.12/2000/4); 25 de abril a 12 de mayo de 2000. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, consultado el 31 de mayo de 2023).
267. Maree Kopua D, Kopua MA, Bracken PJ. Mahi a Atua: a Māori approach to mental health. *Transcultural Psychiatry*. 2020; 57:375–83. <http://doi.org/10.1177/1363461519851606>.
268. Maura J, Weisman de Mamani A. Mental health disparities, treatment engagement, and attrition among racial/ethnic minorities with severe mental illness: a review. *J Clin Psychol Med Settings*. 2017; 24:187–210. <http://doi.org/10.1007/s10880-017-9510-2>.

269. McGuire TG, Miranda J. New evidence regarding racial and ethnic disparities in mental health: policy implications. *Health Aff (Millwood)*. 2008; 27:393–403. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.27.2.393>.
270. Londono Tobon A, Flores JM, Taylor JH. Racial implicit associations in psychiatric diagnosis, treatment, and compliance expectations. *Acad Psychiatry*. 2021; 45:23–33. <http://doi.org/10.1007/s40596-020-01370-2>.
271. Swanson J, Swartz M, Van Dorn RA, Monahan J, McGuire TG, Steadman HJ et al. Racial disparities in involuntary outpatient commitment: are they real? *Health Affairs*. 2009; 28:816–26. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.28.3.816>.
272. Barnett P, Mackay E, Matthews H, Gate R, Greenwood H, Ariyo K et al. Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6:305–17. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30027-6](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30027-6).
273. Cénat JM. How to provide anti-racist mental health care. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7:929–31. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30309-6](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30309-6).
274. Capacitación electrónica QualityRights de la OMS sobre salud mental [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qre-training, consultado el 31 de mayo de 2023).
275. Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E. Integrating mental health into primary healthcare. *Ment Health Fam Med* 2008; 5:5–8. <http://doi.org/10.1002/wps.20600>.
276. Integración de la salud mental en la atención primaria: una perspectiva mundial; págs. 39 a 40. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de Médicos de Familia; 2008.
277. Jenkins R, Lancashire S, McDaid D, Samyshkin Y, Green S, Watkins J et al. Mental health reform in the Russian Federation: an integrated approach to achieve social inclusion and recovery. *Bull World Health Organ*. 2007; 85:858–66. <http://doi.org/10.2471/blt.06.039156>.
278. Organización Mundial de la Salud. (2016). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), versión 2.0. Organización Mundial de la Salud; (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>) consultado el 31 de mayo de 2023).
279. Grupos de apoyo entre iguales para personas con experiencia vivida: Módulo de orientación de QualityRights de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365959/9789241516778-spa.pdf>, consultado el 31 de mayo de 2023).
280. Apoyo individualizado entre iguales para personas con experiencia vivida: Módulo de orientación de QualityRights de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365960/9789241516785-spa.pdf>, consultado el 31 de mayo de 2023).
281. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans JD, Mutamba BB et al. The role of communities in mental health care in low- and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15:1279. <http://doi.org/10.3390/ijerph15061279>.
282. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. 2012. 2012;67:231–43. <http://doi.org/10.1037/a0025957>.
283. Gask L, Coventry P. Person-centred mental health care: the challenge of implementation. *Epidemiology Psychiatric Sciences* 2012; 21:139–44. <http://doi.org/10.1017/S2045796012000078>.
284. Tellez JJ, Kidd J. Peer support workers: an untapped resource in primary mental health care. *J Prim Health Care*. 2015; 7:84–7. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25770722/>, consultado el 31 de mayo de 2023).
285. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia (2022) (CRPD/C/5). Ginebra: Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2022 (www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd-c5-guidelines-deinstitutionalization-including, consultado el 31 de mayo de 2023).

286. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ley 26657 y su decreto reglamentario núm. 603/13; art. 27. En: Buenos Aires. Ministerio de Salud; 2010 (<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-y-decreto-reglamentario-6032013>, consultado el 31 de mayo de 2023).
287. Ley de Salud Mental, Ley 19529, art. 38. Montevideo: Asamblea General de Uruguay; 2017 (www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf consultado el 31 de mayo de 2023).
288. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia (2022) (CRPD/C/5); párr. 67. Ginebra: Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2022 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/5, consultado el 31 de mayo de 2023).
289. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Catalina Devandas Aguilar; 11 de enero de 2019; párr. 67 (A/HRC/40/54). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/A/HRC/40/54>, consultado el 31 de mayo de 2023).
290. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia (2022) (CRPD/C/5); párrs. 115 a 123. Ginebra: Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2022 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/5, consultado el 31 de mayo de 2023).
291. Nota técnica sobre la vinculación de la reducción del riesgo de desastres (RRD) y la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS): Herramientas prácticas, enfoques y estudios de caso. Ginebra: Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/technical-note-linking-disaster-risk-reduction-drr-and-mental-health-and-psychosocial-support-mhpss>, consultado el 31 de mayo de 2023).
292. Santegoeds J. Mind the gap 1/4. Facing a human rights emergency. COVID19 vaccination in institutions is not enough. En: European Disability Forum [sitio web]. Bruselas: European Disability Forum; 2020 (www.edf-feph.org/blog/mind-the-gap-1-4-facing-a-human-rights-emergency-covid19-vaccination-in-institutions-is-not-enough/, consultado el 31 de mayo de 2023).
293. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia: resumen científico, 2 de marzo de 2022. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/354393>, consultado el 31 de mayo de 2023).
294. Nota técnica sobre la vinculación de la reducción del riesgo de desastres (RRD) y la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS): Herramientas prácticas, enfoques y estudios de caso. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/technical-note-linking-disaster-risk-reduction-drr-and-mental-health-and-psychosocial-support-mhpss>, consultado el 23 de mayo de 2023).
295. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia (2022) (CRPD/C/5); párrs. 107 a 114. Ginebra: Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2022 (www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd-c5-guidelines-deinstitutionalization-including, consultado el 31 de mayo de 2023).
296. Promover la preparación y respuesta en materia de salud mental para las emergencias de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148\(3\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148(3)-en.pdf), consultado el 31 de mayo de 2023).
297. Resolución 2668 (2022) del Consejo de Seguridad. Nueva York: Naciones Unidas, Consejo de Seguridad; 2022 ([https://undocs.org/S/RES/2668\(2022\)](https://undocs.org/S/RES/2668(2022)), consultado el 31 de mayo de 2023).
298. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 7 (2018) sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención; párr. 13 (CRPD/C/GC/7); 27 de agosto a 21 de septiembre de 2018. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2018 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/7>, consultado el 31 de mayo de 2023).

299. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 7 (2018) sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención; párr. 48 (CRPD/C/GC/7); 27 de agosto-21 de septiembre de 2018. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2018 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/7>, consultado el 31 de mayo de 2023).
300. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Catalina Devandas Aguilar, 20 de julio de 2020; párr. 72 (A/75/186). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2020 (<https://undocs.org/es/A/75/186>, consultado el 31 de mayo de 2023).
301. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Observación general núm. 34. Artículo 19: Libertad de opinión y de expresión (CCPR/C/GC/34); 11 a 29 de julio de 2011. Ginebra: Comité de Derechos Humanos; 2011 (<https://undocs.org/es/CCPR/C/GC/34>, consultado el 31 de mayo de 2023).
302. Paquete de recursos ODS-CDPD. En: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [sitio web]. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; n.d. (www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/SDG-CRPD-Resource.aspx, consultado el 31 de mayo de 2023).
303. Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad. Principio 8. Ginebra: Naciones Unidas, Procedimientos Especiales de Derechos Humanos; 2020 (www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-disability/international-principles-and-guidelines-access-justice-persons-disabilities, consultado el 31 de mayo de 2023).
304. Resolución A/RES/60/147. Principios y directrices básicas sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005. Nueva York: Naciones Unidas; 2006 (<https://undocs.org/es/A/RES/60/147>, consultado el 31 de mayo de 2023).
305. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018; 5:357–69. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9).
306. Asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56402>, consultado el 31 de mayo de 2023).
307. Redes integrales de servicios de salud mental: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56332>, consultado el 31 de mayo de 2023).
308. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar, 20 de diciembre de 2016, párr. 20 (A/HRC/34/58). Ginebra: Consejo de Derechos Humanos; 2016 (<https://undocs.org/es/A/HRC/34/58>, consultado el 31 de mayo de 2023).
309. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Catalina Devandas Aguilar; 11 de enero 2019; párr. 20 (A/HRC/40/54). Ginebra: Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/A/HRC/40/54>, consultado el 31 de mayo de 2023).
310. Schlanger M. Prisoners with disabilities. En: Luna E, editor. *Reforming criminal justice: punishment, incarceration, and release*. Phoenix: Academy for Justice; 2017:295–323.
311. “I needed help, instead I was punished”: abuse and neglect of prisoners with disabilities in Australia [sitio web]. New York: Human Rights Watch; 2018 (www.hrw.org/report/2018/02/06/i-needed-help-instead-i-was-punished/abuse-and-neglect-prisoners-disabilities consultado el 31 de mayo de 2023).
312. Bignall T, Jeraj S, Helsby E, Butt J. Racial disparities in mental health: Literature and evidence review. London: VCSE & Race Equality Foundation; 2019 (<https://raceequalityfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2022/10/mental-health-report-v5-2.pdf> consultado el 31 de mayo de 2023).

313. Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia de las personas con discapacidad; pág. 9. Ginebra: Naciones Unidas, Procedimientos Especiales de Derechos Humanos; 2020 (www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/SR_Disability/GoodPractices/Access-to-Justice-SP.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
314. Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad. Directriz 1.2(j). Ginebra: Naciones Unidas, Procedimientos especiales de Derechos Humanos; 2020 (www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/SR_Disability/GoodPractices/Access-to-Justice-SP.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
315. Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad. Principio 6.1. Ginebra: Naciones Unidas, Procedimientos especiales de Derechos Humanos; 2020 (www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/SR_Disability/GoodPractices/Access-to-Justice-SP.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
316. Sirotich F. The criminal justice outcomes of jail diversion programs for persons with mental illness: a review of the evidence. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009; 37:461–72. (<http://jaapl.org/content/37/4/461.long>, consultado el 31 de mayo de 2023).
317. Lange S, Rehm J, Popova S. The effectiveness of criminal justice diversion initiatives in North America: a systematic literature review. *Int J Forensic Ment Health*. 2011; 10:3, 200–14. <http://doi.org/10.1080/14999013.2011.598218>.
318. Dewa CS, Loong D, Trujillo A, Bonato S. Evidence for the effectiveness of police-based pre-arrest diversion programs in decriminalizing mental illness: a systematic literature review. *PLoS One*. 2018; 13:e0199368. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0199368>.
319. Steele L. Disability, criminal justice and law: reconsidering court diversion. Londres: Routledge; 2020.
320. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; Catalina Devandas Aguilar; 11 de enero de 2019; párr. 33 (A/HRC/40/54). Ginebra: Naciones Unidas, Consejos de Derechos Humanos; 2019 (<https://undocs.org/es/A/HRC/40/54>, consultado el 31 de mayo de 2023).
321. Reunión de expertos sobre la privación de libertad de las personas con discapacidad. Conclusiones y recomendaciones. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2015 (www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/DeprivationLiberty/Conclusions.doc, consultado el 31 de mayo de 2023).
322. Dhanda A, Gombos G. Questions of criminal culpability and persons with disabilities. En: Flynn E, Arstein-Kerslake A, de Bhailís C, Serra ML, editors. *Global perspectives on legal capacity reform; our voices, our stories*. Londres y Nueva York: Routledge; 2019.
323. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices sobre el artículo 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El derecho a la libertad y a la seguridad de las personas con discapacidad; párr. 20. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2015 (www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc, consultado el 31 de mayo de 2023).
324. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 5 del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 32/2015 (CRPD/C/22/D/32/2015); 15 de octubre de 2019. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2019 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2F22%2FD%2F32%2F2015&Lang=en, consultado el 31 de mayo de 2023).
325. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial de Kenia. (CRPD/C/KEN/CO/1); 30 de septiembre de 2015; párr. 28. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2015 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/KEN/CO/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).
326. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial del Estado Plurinacional de Bolivia (CRPD/C/BOL/CO/1); 4 de noviembre de 2016; párr. 36. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2016 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/BOL/CO/1>, consultado el 31 de mayo de 2023).

327. Minkowitz T, Fleischner RD, Curiae Observaciones relativas a la pertinencia para este caso de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ICC-02/04-01/15-1930; 21 de diciembre de 2021. El Fiscal c. Dominic Ongwen. La Haya: Corte Penal Internacional; 2021 (www.icc-cpi.int/sites/default/files/CourtRecords/CR2021_11888.PDF, consultado el 31 de mayo de 2023).
328. McSherry B, Sullivan D. An analysis of arguments for the retention of the defence of mental impairment. *Psychiatry, Psychology and Law*. 2023; 30:96–105. <http://doi.org/10.1080/13218719.2022.2112102>.
329. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas de Nelson Mandela). Resolución 70/175 aprobada por la Asamblea General el 17 de diciembre de 2015, regla 24 1). Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 2016 (<https://undocs.org/es/A/RES/70/175>, consultado el 31 de mayo de 2023).
330. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas de Nelson Mandela). Resolución 70/175 aprobada por la Asamblea General el 17 de diciembre de 2015, regla 27 1). Nueva York: Naciones Unidas, Asamblea General; 2016 (<https://undocs.org/es/A/RES/70/175>, consultado el 31 de mayo de 2023).
331. Cada vez más consultados, pero aún sin participar. Encuesta mundial de IDA sobre la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en las políticas y los programas de desarrollo. Nueva York: Alianza Internacional de la Discapacidad (IDA); 2020 (www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/ida_global_survey_complete_report_final.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
332. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 7 (2018) sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención (CRPD/C/GC/7); 27 de agosto a 21 de septiembre de 2018. Ginebra: Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2018 (<https://undocs.org/es/CRPD/C/GC/7>, consultado el 31 de mayo de 2023).
333. Estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de las personas con discapacidad. Directrices para la consulta a las personas con discapacidad. Indicador 5. Ginebra: Naciones Unidas; 2021 (www.un.org/sites/un2.un.org/files/spanish_un_consultation_guidelines.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
334. Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos; págs. 215 a 217. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>, consultado el 31 de mayo de 2023).
335. De la exclusión a la igualdad: Hacia el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Manual para parlamentarios sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo; pág. 73. Ginebra: Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Unión Interparlamentaria; 2007. (www.ohchr.org/sites/default/files/training14sp.pdf, consultado el 31 de mayo de 2023).
336. Leyes y actos en materia de discapacidad por país/zona. En: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU [sitio web en inglés] Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU; n.d. (www.un.org/development/desa/disabilities/disability-laws-and-acts-by-country-area.html, consultado el 31 de mayo de 2023).
337. Van Aeken K. From vision to reality: ex post evaluation of legislation. *Legisprudence*. 2011; 5:41–68. <http://doi.org/10.5235/175214611796404859>.
338. Ley de Salud Mental, 2017. Ley 10 del 2017, 7 de abril de 2017; disposición 125(1). Nueva Delhi: Ministerio de Justicia; 2017 (www.indiacode.nic.in/bitstream/123456789/2249/1/A2017-10.pdf, consultado en 31 de mayo de 2023).

Organización Mundial de la Salud

Avenue Appia 20

1211 Ginebra 27

Suiza

Sitio web: www.who.int/es

**Oficina del Alto Comisionado de las Naciones
Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)**

Palacio de las Naciones

1211 Ginebra 10

Suiza

Sitio web: www.ohchr.org/es

9789240098169

