

Contenido y alcance del derecho a la salud mental en el sistema internacional de protección de los derechos humanos

ARTÍCULO EN PRENSA

Content and scope of the right to mental health in the International Human Rights Protection System

ARTICLE IN PRESS

Solana María Yoma 

Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

solanayoma@unc.edu.ar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5371-0485>

<https://doi.org/10.18543/djhr.3464>

Fecha de recepción: 07.01.2026

Fecha de aceptación: 14.05.2026

Fecha de publicación en línea: julio 2026

Cómo citar / Citation: Yoma, Solana M. 2026. «Contenido y alcance del derecho a la salud mental en el sistema internacional de protección de los derechos humanos». *Deusto Journal of Human Rights*. <https://doi.org/10.18543/djhr.3464>

Sumario: Introducción. 1. El contenido y alcance de los derechos. 2. Materiales y métodos. 3. El contenido del derecho a la salud mental como derecho social. 3.1. Derechos en salud mental. 3.2. Libertades en salud mental. 4. El contenido del derecho a la salud mental como protección de grupo en situación de vulnerabilidad. 4.1. Derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad. 4.2. Derecho a la capacidad jurídica. 5. Alcance de las obligaciones estatales. 5.1. Niveles de obligaciones. 5.2. Dimensión temporal de las obligaciones. Conclusiones.

Resumen: El derecho a la salud mental ha tenido un desarrollo progresivo en el sistema internacional de derechos humanos, desde tratados que lo reconocen como un derecho social hacia instrumentos que contemplan a las personas con discapacidad psicosocial como un grupo con necesidad de protección reforzada. Esta sucesión y ampliación de normativas expanden nuestro entendimiento del derecho existente, pero —al mismo tiempo— crean un estándar de responsabilidad cambiante respecto de las obligaciones

estatales. Por ello, nos propusimos analizar el contenido y alcance del derecho a la salud mental en el sistema internacional de protección de los derechos humanos, mediante la aplicación de los criterios de la Teoría Fundamentada al análisis documental de textos legales y normativos vinculados a esta temática. Entre los resultados, observamos un mayor consenso en torno a los derechos que respecto de las libertades protegidas, así como un marcado punto de disenso en materia de internaciones involuntarias.

Palabras clave: Derechos humanos, salud mental, discapacidad psicosocial, contenido, alcance.

Abstract: The right to mental health has progressively developed within the international human rights system, evolving from treaties that recognize it as a social right to instruments that frame persons with psychosocial disabilities as a group in need of enhanced protection. This succession and expansion of normative frameworks broaden our understanding of the existing right while simultaneously generating a shifting standard of responsibility with regard to State obligations. Accordingly, this article analyses the content and scope of the right to mental health within the international human rights protection system, applying Grounded Theory criteria to the documentary analysis of legal and normative texts related to this issue. The findings reveal greater consensus concerning rights than concerning protected freedoms, as well as a significant point of disagreement regarding involuntary hospitalization.

Keywords: Human rights, mental health, psychosocial disability, content, scope.

Introducción

El derecho a la salud mental es parte integrante del derecho a la salud y, como tal, se encuentra reconocido en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos, aunque no se mencione de manera explícita (OMS 2004). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, PIDESC) representa el primer tratado internacional que lo incorpora de manera expresa al reconocer “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU 1966, art. 12.1).

Posteriormente, se identificó la necesidad de proteger de manera específica los derechos de las personas en este ámbito, tras reconocer las situaciones de discriminación y exclusión agravadas que enfrentaban producto de sus padecimientos, así como las condiciones de descuido, coacción y maltrato que imperaban en los hospitales psiquiátricos a escala mundial. De ese modo, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó normas no vinculantes o *soft law* para garantizar y proteger de manera específica los derechos de las personas en el campo de la salud mental, tales como la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (ONU 1971) y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU 1991).

En el año 2006, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD) amplió el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad psicosocial, al establecer que:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (ONU 2006, art. 1.).

De ese modo, la salud mental dejó de ser reconocida sólo como un derecho social en el marco de los tratados internacionales de derechos humanos y pasó a incluirse también en un instrumento orientado a la protección de un grupo en situación de mayor vulnerabilidad.

Sikkink (2018) argumenta que esta sucesión y ampliación de normativas expanden nuestro entendimiento del derecho existente pero que, al mismo tiempo, crean un estándar de responsabilidad cambiante que dificulta evaluar los progresos (o retrocesos) de los Estados en el cumplimiento de sus compromisos internacionales.

En el ámbito académico, investigaciones previas han abordado el derecho a la salud mental desde la perspectiva de la normativa interna de los Estados (Vela 2022), así como desde el tratamiento que este derecho ha recibido en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (Palacios 2016; Sanabria et al. 2019). En el plano interamericano e internacional, Torres (2010) ha descrito algunos de los principales instrumentos jurídicos orientados a la protección de las personas con discapacidad psicosocial, pero no ha profundizado en un análisis que permita ponerlos en diálogo para precisar el contenido y alcance de este derecho de manera más amplia y comprensiva. Además, su abordaje se ha centrado exclusivamente en la salud mental vinculada a la protección de un grupo en situación de vulnerabilidad, sin incorporar instrumentos que permitan conceptualizarla también como un derecho social.

Por ello, en este trabajo nos propusimos analizar el contenido y alcance del derecho a la salud mental en el sistema internacional de derechos humanos, en su doble faz de derecho social y de protección de grupo en situación de vulnerabilidad, para aportar una base de comprensión que contribuya a fortalecer la adecuada protección de este derecho.

1. El contenido y alcance de los derechos

Nuestro interés por analizar el “contenido” del derecho a la salud mental se orienta a delimitar su contenido normativo o sustantivo, es decir, aquello que el derecho ampara o protege. Liebenberg (2010, 82) explica que el contenido sustantivo de un derecho: “implica identificar los intereses, bienes o servicios específicos que garantiza el derecho, así como las condiciones en las que deben proporcionarse”. Por su parte, el ACNUDH (2012) explica que los órganos creados en virtud de los tratados pueden contribuir a delimitar el contenido normativo o sustantivo de los derechos, mientras que los procedimientos especiales (o Relatores Especiales) pueden aportar elementos para su adecuada promoción y protección.

Además, sostiene que: “al invocar derechos, es importante no solo definir los elementos que se consideran derechos, sino también especificar los agentes que tienen la obligación de hacer lo necesario para lograr su disfrute” (ACNUDH 2012, 12-13). Esto conlleva la necesidad de precisar el “alcance” de las obligaciones estatales, entre las que se incluyen las obligaciones de respetar, proteger y cumplir, así como ciertas obligaciones que deberán implementarse de manera

inmediata, junto a otras susceptibles de cumplirse de manera progresiva en contextos de escasez de recursos.

En este trabajo, procuraremos precisar el contenido del derecho a la salud mental concebido como derecho social (del que deberían gozar todas las personas sin discriminación), así como dos derechos de particular relevancia para las personas con discapacidad psicosocial en tanto grupo especialmente protegido: el derecho a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad, y el derecho a la capacidad jurídica.

2. Materiales y métodos

Desde una perspectiva cualitativa de investigación, utilizamos como herramienta de construcción de datos el análisis documental de instrumentos internacionales de derechos humanos en materia de salud, salud mental y discapacidad, mediante una estrategia de muestreo intencional, que permitió seleccionar documentos particularmente relevantes para nuestras preguntas y objetivos (Creswell 2014). Así, nuestro corpus de datos estuvo integrado por:

- Tratados internacionales vinculantes en materia de salud y discapacidad:
 - PIDESC (ONU 1966)
 - CDPD (ONU 2006)
- Observaciones Generales (en adelante, OG) formuladas por los órganos de los referidos tratados:
 - OG n. 5 del Comité DESC sobre personas con discapacidad (ONU 1994)
 - OG n. 14 del Comité DESC sobre derecho a la salud (ONU 2000)
 - OG n. 20 del Comité DESC sobre no discriminación (ONU 2009)
 - OG n. 1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité DPD) sobre igual reconocimiento como persona ante la ley (ONU 2014) y su corrección al párrafo 27 (ONU 2018a)
 - OG n. 5 del Comité DPD sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (ONU 2017a)
 - OG n. 6 del Comité DPD sobre igualdad y no discriminación (ONU 2018b)

- *Soft law* específicos sobre salud mental aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas:
 - Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (ONU 1971).
 - Principios para la Protección de los Enfermos Mentales (ONU 1991).
 - Resolución sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial (ONU 2023).
- Informes sobre salud mental elaborados por el ACNUDH y por el Relator Especial sobre Derecho a la Salud:
 - Informe sobre salud mental y derechos humanos (ACNUDH 2017).
 - Informe sobre sistemas de salud mental respetuosos de los derechos humanos (ONU 2017b).

Para el procesamiento de datos, aplicamos los criterios de la Teoría Fundamentada al análisis documental de textos legales y normativos, acorde a la metodología propuesta por Soriano-Miras y Requena (2014). En la etapa de codificación abierta, analizamos cada uno de los documentos en orden cronológico, para apreciar la evolución del contenido y alcance de este derecho y recuperar su historicidad. En la etapa de codificación axial, tuvimos en cuenta la relevancia de los diferentes códigos para cubrir nuestros objetivos, lo cual nos llevó a decidir qué códigos eran de obligada referencia a los fines de nuestro estudio y cuáles resultaban prescindibles en este marco (Soriano-Miras y Requena 2014).

Al momento de organizar la información en categorías y dimensiones, encontramos que las diferentes normativas han ido sucediéndose, complementándose y ampliándose a lo largo de los años y, en más de una ocasión, se superponen en el tratamiento de una misma cuestión, presentando contenidos parecidos, mas no necesariamente exactos o iguales. Esta situación nos llevó a armonizar el contenido y alcance de este derecho en virtud del principio *pro-personae* en tanto criterio hermenéutico por excelencia del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que exige que se adopte siempre la interpretación más beneficiosa para la persona (Palacios 2016).

No obstante, encontramos casos de franca contradicción en lo dispuesto en algunos instrumentos, en lo que diera en llamarse el “*impasse* de Ginebra” en salud mental (McSherry et al. 2023). En esos casos, decidimos poner de manifiesto tal contracción para dar cuenta de una discusión vigente en este ámbito.

3. El contenido del derecho a la salud mental como derecho social

En su OG n. 14, el Comité DESC (ONU 2000) puntualizó que el derecho a la salud física y mental entraña tanto derechos como libertades. Entre los primeros, se encuentran el derecho a un sistema de protección de la salud y de sus determinantes sociales básicos, mientras que las segundas incluyen el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, a no padecer injerencias ni a ser sometidos a tratamientos médicos no consensuales. A continuación, nos valdremos de ese ordenamiento para precisar el contenido sustantivo del derecho a la salud mental.

3.1. *Derechos en salud mental*

El Comité DESC argumenta que el derecho a la salud no se concibe como el derecho a estar sano, sino como “el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud” (ONU 2000, párr. 9). Esto implica considerar al derecho a la salud mental como un derecho inclusivo, que abarca tanto los determinantes sociales de la salud como el derecho a acceder a una atención oportuna y apropiada (ONU 2000; ACNUDH 2017).

3.1.1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL

Los determinantes sociales de la salud comprenden una amplia gama de aspectos socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, entre los que se incluyen la alimentación, la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable, a condiciones sanitarias y laborales adecuadas, a un medio ambiente sano, al desarrollo económico y a la igualdad de género (ONU 2000). En relación a los determinantes sociales de la salud mental, el ACNUDH (2017, párr. 13) argumenta que:

La salud mental no es simplemente un problema de salud. Hay una estrecha conexión entre la salud mental y la pobreza, así como entre los problemas de salud mental y las dificultades económicas derivadas de la insuficiente realización de los derechos económicos, sociales y culturales, como los derechos a la educación, el trabajo, la vivienda, la alimentación y el agua. Estos y otros derechos son

también factores determinantes básicos de la salud mental, de modo que su grado de efectividad repercute en el disfrute del derecho a la salud mental.

Esto requiere un cambio de enfoque en las políticas de salud mental: que se alejen de las respuestas individualizadas que sufragan hospitales, camas y fármacos y, en su lugar, promuevan políticas intersectoriales que permitan construir sociedades y entornos psicosociales seguros en los que todas las personas puedan prosperar (ONU 2017b y 2023).

3.1.2. SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL

El derecho a la salud mental también conlleva el derecho a un sistema de salud que promueva el máximo nivel de salud de sus titulares (ACNUDH 2017). En esa línea, el PIDESC contempla “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (ONU 1966, art. 12.2, ap. d) tanto física como mental, lo cual incluye:

el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud, programas de reconocimientos periódicos, tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes preferiblemente en la propia comunidad, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental (ONU 2000, párr. 17).

Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales (ONU 1991) también reconocen el derecho de todas las personas a contar con un sistema de atención sanitaria y social que les brinde la mejor atención disponible en materia de salud mental, en un ambiente lo menos restrictivo posible. En su artículo 25, la CDPD (ONU 2006) incluye el derecho a gozar de servicios sanitarios generales disponibles, accesibles, adaptables, aceptables y con base en la comunidad para las personas con discapacidad, lo cual incluye los apoyos que puedan necesitar durante su paso por estos servicios. Esto nos lleva a precisar, en particular, algunos elementos del derecho a la salud mental, aplicables tanto a los sistemas de salud como a sus determinantes sociales.

3.1.3. ELEMENTOS DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL

La OG n. 14 (ONU 2000) explica que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Enunciaremos a continuación cada uno de ellos aplicados al derecho a la salud mental.

a) Disponibilidad

Se debe garantizar la disponibilidad de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como programas y centros de atención de la salud. Esos servicios incluirán, entre otros: los determinantes básicos de la salud, hospitales, clínicas y demás establecimientos sanitarios, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, y medicamentos esenciales (ONU 2000).

En materia de salud mental, el Relator Especial sobre Derecho a la Salud (ONU 2017b) precisa que tales servicios no solo deben estar disponibles, sino que deben ser “adecuados”. Esto implica abandonar la segregación en centros de atención monovalentes e integrar los servicios de salud mental en la atención primaria y general de la salud, que contribuyan a la detección e intervención tempranas y a la atención de comunidades diversas. En relación a los profesionales, debe aumentarse el número de profesionales sanitarios cualificados, competentes y motivados en el ámbito comunitario y con formación en derechos humanos, que cuenten con condiciones laborales decentes y seguras y una remuneración adecuada (ONU 2017b, 2023).

Además, se debería prever como primera opción de tratamiento a las intervenciones psicosociales que permitan a las personas vivir de forma independiente y ser incluidas en la comunidad y, en caso de resultar necesario a los fines del tratamiento, garantizar el suministro de psicofármacos adecuados (ONU 2017b).

b) Accesibilidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud mental deben ser accesibles para todas las personas sin discriminación, lo cual incluye cuatro dimensiones superpuestas:

- *No discriminación*: debe garantizarse la accesibilidad (de hecho y de derecho) de los sectores más vulnerables, sin discriminación

por motivos prohibidos, entre los que se incluye la discapacidad (ONU 2000), y se debe hacer frente a las formas de discriminación que coartan su derecho a recibir atención sobre la base del consentimiento libre e informado, o que hacen inaccesibles las instalaciones o la información (ONU 2018b y 2023).

- *Accesibilidad física*: comprende tanto el alcance geográfico de toda la población como el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidad (ONU 2000 y 2006).
- *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: supone que los servicios deben estar al alcance de todas las personas (incluyendo a los grupos socialmente desfavorecidos) y que los pagos deben basarse en el principio de equidad, para que no recaiga una carga desproporcionada en gastos de salud sobre los hogares más pobres (ONU 2000). La CDPD contempla que los programas y servicios de atención de la salud de las personas con discapacidad deberán ser gratuitos o a precios asequibles, y que serán de la misma variedad y calidad que los destinados a las demás personas (ONU 2006).
- *Acceso a la información*: contempla el derecho a solicitar, recibir y difundir información acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, incluyendo la confidencialidad de datos personales (ONU 1991, 2000).

c) Aceptabilidad

Los servicios de salud mental deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida (ONU 1991, 2000, 2006, 2017b, 2023). Además, deberán estar orientados a mejorar el estado de salud (ONU 2000), estimular la independencia personal (ONU 1991) y promover la elección, el control, la autonomía, la voluntad, las preferencias y la dignidad (ONU 2017b).

d) Calidad

Los servicios de salud mental deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, lo cual incluye, por un lado, medicamentos científicamente aprobados, de eficacia conocida y demostrada (ONU 1991, 2000), que deberán ser prescriptos

por profesionales de salud mental autorizados por ley y registrarse en el historial clínico de las personas (ONU 1991).

Además, el personal de salud deberá estar capacitado (ONU 2000) y se establece que: “el tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado” (ONU 1991, Principio 9, punto 2). Se considera que una colaboración eficaz entre los proveedores de servicios y las personas usuarias, así como con sus familiares y cuidadores, también contribuye a mejorar la calidad de la atención (ONU 2017b).

3.2. *Libertades en salud mental*

3.2.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado aparece como un componente fundamental del derecho a la salud (ONU 2014) y es considerado tanto una libertad como una salvaguarda integral de su disfrute (ONU 2017b), por cuanto protege el derecho de las personas a participar en la adopción de decisiones vinculadas a su salud física y mental (ACNUDH 2017).

Este consentimiento implica una decisión libre y voluntaria (sin amenazas ni persuasión indebida), que puede obtenerse luego de brindar información adecuada, suficiente y comprensible, en una forma y en un lenguaje que las personas entiendan, acerca de la naturaleza, la duración, los beneficios y los riesgos del tratamiento, así como sobre los daños que conlleve y las alternativas existentes (ONU 1991; ACNUDH 2017). Por tanto, no sólo incluye el derecho a aceptar un tratamiento, sino también a rechazarlo o a interrumpirlo (ONU 1991 y 2017b).

Durante el procedimiento de obtención del consentimiento, las personas usuarias de los servicios de salud mental pueden solicitar que estén presentes una o más personas de su elección (ONU 1991), que podrán oficiar de apoyos para que ellas tomen sus propias decisiones, pero no podrán sustituirlas en el ejercicio de este derecho ni tener una influencia indebida sobre ellas (ONU 2014 y 2017b).

Se plantean algunas excepciones al ejercicio de este derecho en los Principios de 1991, que prevén la posibilidad de aplicar un plan de tratamiento sin el consentimiento de la persona cuando en ese momento: a) sea una paciente involuntaria; b) esté incapacitada para

dar o negar su consentimiento o se niegue irracionalmente a hacerlo; c) cuando una autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud de esa persona (ONU 1991). Además, se admite la posibilidad de que un representante personal otorgue su consentimiento en nombre de la persona o que no medie el consentimiento cuando un profesional de salud mental determine que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente a la persona o a terceros (ONU 1991).

Estas excepciones al consentimiento informado plantearon numerosos debates con relación a los tratamientos forzosos e involuntarios en salud mental, que serán objeto de análisis en el siguiente apartado.

3.2.2. PROHIBICIÓN DE TRATAMIENTOS FORZOSOS

El derecho a no padecer injerencias indebidas ni ser sometidos a tratamientos no consensuales o involuntarios (ONU 2000) cobra particular relevancia en el contexto de la salud mental, puesto que las personas se enfrentaron históricamente a internaciones forzosas en este ámbito (ONU 2014). Desde el siglo XVIII y a partir del mero diagnóstico de “enfermedad mental”, profesionales de la psiquiatría decidían de manera autónoma y absoluta —esto es, sin juicio, defensa ni debido proceso— sobre la privación de libertad de las personas y mantenían la detención por períodos indefinidos de tiempo, bajo una presunción de irrecuperabilidad articulada en mandatos de orden social (Galende y Kraut 2006; Cohen 2019).

Por ello, diversos instrumentos internacionales han procurado regular estas prácticas, por considerarlas violatorias de los derechos humanos. Sin embargo, regular no siempre ha significado “prohibir” y, de hecho, las internaciones involuntarias aparecen como uno de los puntos de mayor disenso en los documentos aquí analizados.

Por un lado, algunos instrumentos admiten las internaciones involuntarias como una medida excepcional en el ámbito de la salud mental. La OG n. 14 del Comité DESC argumenta que:

Los Estados deberán abstenerse (...) de aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas. Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los

Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (ONU 2000, párr. 34).

En efecto, tales Principios admiten las internaciones involuntarias “sólo cuando sean el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros” (ONU 1991, Principio 11, punto 11) y, para salvaguardar los derechos de las personas afectadas, prevén la supervisión periódica de tales internaciones por un órgano de revisión y la posibilidad de apelación ante un tribunal superior.

Por otro lado, la CDPD estableció una prohibición absoluta de privación de la libertad por motivos de deficiencia y el Comité DPD ha insistido en eliminar las internaciones involuntarias (ONU 2014, 2017a, 2018b), por considerar que constituyen una privación arbitraria de la libertad (ONU 2014, 2015), que niega el derecho a un juicio justo y que puede acarrear consecuencias más graves que las sanciones penales, como la detención indefinida en centros de salud mental (ONU 2015). La OG n. 1 del Comité DPD explica las múltiples vulneraciones de derechos que acarrea esta práctica:

El tratamiento forzoso por parte de profesionales de la psiquiatría y otros profesionales de la salud y la medicina es una violación del derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley y una infracción del derecho a la integridad personal (art. 17), el derecho a la protección contra la tortura (art. 15) y el derecho a la protección contra la violencia, la explotación y el abuso (art. 16). Esa práctica niega la capacidad jurídica de una persona de elegir el tratamiento médico que ha de recibir y por lo tanto constituye una violación del artículo 12 de la Convención (ONU 2014, párr. 42).

El ACNUDH (2017) y el Relator sobre Derecho a la Salud (ONU 2017b) también se manifestaron en contra de las internaciones involuntarias en salud mental, aunque con algunos matices respecto de la temporalidad de su erradicación. Mientras el ACNUDH expresa la necesidad de acciones inmediatas para que los Estados deroguen las leyes o normas que autorizan o perpetúan tales prácticas, el Relator (ONU 2017b) apuesta por acciones progresivas, al reconocer que la reducción radical y eventual eliminación es un proceso difícil que llevará tiempo, habida cuenta de las inquietudes de las diversas partes interesadas (en particular, de las comunidades médicas).

Autores como Mc.Sherry et al. (2023) han caracterizado a esta controversia doctrinal entre órganos de tratados de Naciones Unidas

como un “*impasse* de Ginebra” en salud mental, al que suman la posición del Comité de Derechos Humanos. Así, mientras el Comité DPD ha interpretado que debe abolirse la legislación que permite el tratamiento sin consentimiento (visión abolicionista), el Comité de Derechos Humanos y el Comité DESC han admitido excepciones bajo condiciones estrictas, cuando existe un riesgo de daño inminente para sí o para terceros (postura pragmática o proporcionalista).

El Relator sobre Derecho a la Salud (ONU 2017b) también hizo alusión a estas interpretaciones divergentes adoptadas por tales órganos de tratados y argumentó la necesidad de avanzar en un consenso que posibilite una transición gradual hacia políticas y servicios de salud mental cada vez menos restrictivos.

3.2.3. PROTECCIÓN CONTRA MALOS TRATOS

Los servicios de salud mental se rigieron durante decenios por un paradigma biomédico que promovía la exclusión, el descuido, la coacción, la estigmatización y el maltrato hacia las personas con discapacidad psicosocial, quienes eran sometidas a condiciones de vida y modalidades de convivencia que ponían en peligro su integridad física y mental, con una consecuente mayor exposición a situaciones de violencia y abusos (ACNUDH 2017; ONU 2017b y 2023).

Por tal motivo, tanto la Declaración de Derechos de los Retrasados Mentales (ONU 1971) como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales (ONU 1991) reconocieron como una libertad fundamental y un derecho básico de las personas en este ámbito a la protección contra la explotación, el abuso, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.

La CDPD (ONU 2006) también promueve la protección contra malos tratos en una serie de artículos que establecen la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art. 15), la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (art. 16) y la protección de la integridad personal física y mental (art. 17).

Por su parte, el ACNUDH ha aludido a las limitaciones que tiene la protección contra malos tratos en el contexto de los internamientos forzosos, al considerar que estas prácticas vulneran *per se* la libertad y seguridad personales, en tanto suponen “una vulneración del derecho a no sufrir tortura y malos tratos y a no ser sometido a explotación, violencia y abusos, así como del derecho a la integridad personal” (ACNUDH 2017, párr. 31) y que, por ello, urge derogar las leyes o

normas que lo autorizan, eliminar el aislamiento y las medidas de inmovilización (tanto físicas como farmacológicas) y ofrecer recursos efectivos y reparación a las víctimas.

4. El contenido del derecho a la salud mental como protección de grupo en situación de vulnerabilidad

Los distintos instrumentos internacionales analizados reconocen una serie de derechos a las personas usuarias de salud mental y con discapacidad psicosocial en su calidad de grupo especialmente protegido. Por ejemplo, los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales plantean que “todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos” (ONU 1991, Principio 1, párr. 5) y puntualizan en algunos derechos a proteger especialmente dentro de las instituciones psiquiátricas. Del mismo modo, la CDPD (ONU 2006) incluye de manera explícita la protección de derechos civiles y políticos (art. 12, 13, 14, 15, 21, 22, 29), de derechos económicos, sociales y culturales (art. 23, 24, 25, 27, 28, 30) y algunos con particular relevancia para las personas con discapacidad, como la accesibilidad (art. 9), la movilidad personal (art. 20) o el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad (art. 19).

Aquí no profundizaremos en el contenido sustantivo de cada uno de esos derechos, dado que excedería los alcances de este trabajo, sino que optaremos por centrarnos en dos derechos de particular relevancia para las personas con discapacidad psicosocial: el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad y el derecho a la capacidad jurídica.

4.1. Derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad

A partir de los debates suscitados en torno a la institucionalización de las personas con discapacidad psicosocial, la CDPD propone una innovación normativa no sólo al prohibir las internaciones involuntarias (art. 14) sino incluso al promover la desinstitucionalización de las personas con discapacidad, tras reconocer su derecho a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad (art. 19).

El Comité DPD realizó una OG específica sobre el art. 19 en la que lo reconoce como una de las disposiciones de mayor alcance y más

interdisciplinar de la Convención, dado que refiere tanto a derechos civiles y políticos como a económicos, sociales y culturales (ONU 2017a) y que abarca tres dimensiones que desarrollaremos a continuación.

4.1.1. DESINSTITUCIONALIZACIÓN

Los primeros instrumentos de *soft law* de Naciones Unidas en materia de salud mental admitían la posibilidad de internar a las personas en establecimientos especializados (ONU 1971) e instituciones psiquiátricas (ONU 1991) y establecían algunas salvaguardas para preservar sus derechos en estos contextos de encierro.

Sin embargo, el artículo 19 de la CDPD establece de manera taxativa el derecho a vivir fuera de instituciones residenciales de todo tipo (ONU 2006), al concebir que la institucionalización no se reduce a un edificio o lugar físico en particular (que puede variar en nombre, tamaño y organización) sino a la existencia de ciertos elementos definitorios, tales como:

el hecho de compartir de forma obligatoria los asistentes con otras personas y la escasa o nula influencia que se puede ejercer sobre aquellos de quienes se debe aceptar la ayuda; el aislamiento y la segregación respecto de la vida independiente en la comunidad; la falta de control sobre las decisiones cotidianas; la nula posibilidad de elegir con quién se vive; la rigidez de la rutina independientemente de la voluntad y las preferencias de la persona; actividades idénticas en el mismo lugar para un grupo de personas sometidas a una cierta autoridad; un enfoque paternalista de la prestación de los servicios; la supervisión del sistema de vida; y, por lo general, una desproporción en el número de personas con discapacidad que viven en el mismo entorno (ONU 2017a, párr. 16, inc. c).

En la misma línea, el ACNUDH (2017, párr. 56) acuerda en que “la institucionalización y las modalidades de convivencia institucionalizadas, tanto en grandes centros como en viviendas para grupos más pequeños, constituyen segregación y son incompatibles con la inclusión en la comunidad”.

A partir de ello, se argumenta que se debe proceder a la desinstitucionalización (ONU 2014, 2017a) y que tales políticas requieren no solo el cierre de los entornos institucionales monovalentes y la reubicación de las personas en la comunidad, sino también reformas estructurales que garanticen su integración social con resguardo de su dignidad inherente.

4.1.2. INCLUSIÓN EN COMUNIDAD

La Declaración de los Retrasados Mentales (ONU 1971) y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales (ONU 1991) reconocen el derecho a vivir en la comunidad, aunque con ciertos condicionamientos supeditados a las “posibilidades”¹ de cada persona, de manera congruente con la autorización de la institucionalización en determinadas circunstancias.

La CDPD, en cambio, no admite tales excepciones y el Comité DPD (ONU 2017a) ha establecido que, en virtud del art. 19, todas las personas tienen derecho a ser incluidas en la comunidad y que todos sus derechos deben ejercerse y disfrutarse en la comunidad en la que esa persona elija vivir.

La OG n. 5 del Comité DPD (ONU 2017a) reconoce que la inclusión en la comunidad entraña una dimensión social vinculada tanto a obligaciones positivas de los Estados (por ejemplo, de crear entornos inclusivos) como negativas (tales como asegurar la no discriminación en el acceso a la vivienda). Esto incluye la necesidad de proveer servicios integrales, programas de desarrollo comunitario (ONU 2017a), apoyo y asistencia para la vivienda, atención de la salud, sistemas de respuesta en casos de crisis, apoyo pecuniario, apoyo a las redes sociales y acceso a la educación y trabajo (ACNUDH 2017). Es esta prestación de servicios interdisciplinarios e intersectoriales en la comunidad lo que les permitiría conservar su empleo y mantenerse en contacto con sus familias y redes de apoyo, lo cual facilitaría, a su vez, su tratamiento temprano y recuperación (ACNUDH 2017).

4.1.3. VIDA INDEPENDIENTE

Además de la dimensión social vinculada a la inclusión en la comunidad, el art. 19 de la CDPD incorpora una dimensión individual relativa a la vida independiente, entendida como el derecho a la autonomía personal y a elegir cómo, dónde y con quién vivir, lo cual

¹ “Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad” (ONU 1991, Principio 3); “Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible” (ONU 1991, Principio 7); “De ser posible, el retrasado mental debe residir en su familia o en un hogar que reemplace el propio, y participar en las distintas formas de vida en la comunidad” (ONU 1971, párr. 4). Los subrayados son nuestros.

abarca “todos los aspectos del sistema de vida de las personas: sus horarios, rutinas y modo y estilo de vida, tanto en la esfera privada como en la pública, y tanto en lo cotidiano como a largo plazo” (ONU 2017a, párr. 24).

La OG n. 5 del Comité DPD también reconoce que, para vivir de forma independiente en la comunidad, muchas personas necesitarán acceder a servicios de apoyo personalizado (en función de sus necesidades individuales y preferencias personales), que no deberán reducirse al apoyo informal brindado por las familias, sino que incluirán la adopción de medidas de apoyo formales garantizadas por los Estados (ONU 2017a).

4.2. *Derecho a la capacidad jurídica*

4.2.1. RECONOCIMIENTO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA

La OG n. 1 del Comité DPD explica que las personas con discapacidad (y, en particular, aquellas con discapacidad cognitiva o psicosocial) son el grupo al que mayormente se le niega la capacidad jurídica en los ordenamientos jurídicos a nivel mundial, “en virtud de regímenes basados en la sustitución en la adopción de decisiones, como la tutela, la curaduría y las leyes sobre la salud mental que permiten el tratamiento forzoso” (ONU 2014, párr. 7).

En efecto, los primeros instrumentos internacionales que procuraban proteger los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental, admitían los regímenes de sustitución de decisiones mediante las figuras de “tutores calificados” o “representantes personales” (ONU 1991).

Esto fue rotundamente cuestionado con la sanción de la CDPD (ONU 2006), que estableció en su art. 12 el igual reconocimiento como persona ante la ley y el reconocimiento de la personalidad y la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás.

En ese marco se especifica que la capacidad jurídica incluye tanto la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones —capacidad legal—, como la capacidad de ejercerlos —legitimación para actuar— (ONU 2014), por lo cual se constituye en un derecho mínimo necesario para el disfrute de casi todos los demás derechos contemplados en la Convención (ONU 2018b).

La OG n. 1 del Comité DPD argumenta explícitamente que los déficits en la capacidad mental —supuestos o reales— no deben

utilizarse como justificación para negar la capacidad jurídica, habida cuenta del carácter controversial de dicha noción:

El concepto de capacidad mental es, de por sí, muy controvertido. La capacidad mental no es, como se presenta comúnmente, un fenómeno objetivo, científico y natural, sino que depende de los contextos sociales y políticos, al igual que las disciplinas, profesiones y prácticas que desempeñan un papel predominante en su evaluación (ONU 2014, párr. 14).

Por ello, el Comité sostiene que “en todo momento, incluso en situaciones de crisis, deben respetarse la autonomía individual y la capacidad de las personas con discapacidad de adoptar decisiones” (ONU 2014, párr. 18) y que deberá hacerse todo lo posible para determinar su voluntad y preferencias, poniendo a disposición diferentes ajustes, apoyos y métodos de comunicación (ACNUDH 2017). Recién cuando se hayan agotado todos esos medios y siga sin poder determinarse la voluntad de una persona adulta, deberá aplicarse de buena fe el principio de la “mejor interpretación posible de su voluntad y sus preferencias” y no el del “interés superior”, reservado al caso de las infancias (ONU 2014; ACNUDH 2017).

También se incluye la posibilidad de que las personas puedan planificar de manera anticipada el modo en que debería respetarse su voluntad y sus preferencias, en casos en que eventualmente pudieran enfrentarse a mayores dificultades para comunicarlas a los demás (ONU 2014). Para llevar a cabo un proceso de planificación anticipada, deberá prestarse apoyo a quienes así lo deseen y las propias personas deberán decidir y establecer el momento en que dichas medidas entrarán en vigor y cuándo cesarán su efecto.

El reconocimiento de la capacidad jurídica está íntimamente relacionado con el disfrute de otros derechos humanos establecidos en la CDPD (ONU 2006, 2014), tales como: el derecho al acceso a la justicia (art. 13); el derecho a no ser sometidos a internaciones o a tratamientos forzosos en salud mental (art. 14); el derecho al respeto de la integridad física y mental (art. 17); el derecho a elegir dónde y con quién vivir (art. 19); el derecho a dar su consentimiento para los tratamientos en salud (art. 25). Así, el hecho de no reconocer la capacidad jurídica de una persona compromete notablemente su capacidad de reivindicar, ejercer y hacer cumplir esos y otros derechos establecidos en la Convención, por lo que se sostiene que deberán abolirse todas las prácticas que tengan por efecto o propósito violar el art. 12 de la CDPD (ONU 2014).

4.2.2. APOYOS PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA

La CDPD instauró el derecho a contar con apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica (ONU 2006, art.12) y, con ello, promovió un cambio de paradigma en este ámbito: desde un régimen de "sustitución en la toma de decisiones" hacia un régimen de "apoyo en la toma de decisiones".

Tales apoyos deben estar disponibles para todas las personas, como potestad facultativa y no imperativa, en tanto se admite que algunas personas puedan no desear contar con apoyos o, bien, que puedan rechazarlos, cambiarlos y ponerles fin en cualquier momento (ONU 2014). Además, los apoyos deberán "fomentar la confianza y las aptitudes de las personas con discapacidad de modo que puedan ejercer su capacidad jurídica con menos apoyo en el futuro, si así lo desean" (ONU 2014, párr. 24).

En consonancia con el art. 19, los apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica también deberán brindarse mediante un enfoque basado en la comunidad. Esto supone reconocer que las redes sociales y los apoyos informales que se brindan naturalmente en la comunidad (por parte de amistades, familias, escuelas) son elementos esenciales para el apoyo en la toma de decisiones (ONU 2014).

No obstante, aun cuando existan tales apoyos informales, el Estado tiene la obligación absoluta de proporcionar acceso al apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica a todas las personas que lo requieran y no podrá en ningún caso esgrimir que eso constituye una carga desproporcionada o indebida (ONU 2014).

5. Alcance de las obligaciones estatales

Tanto el PIDESC como la CDPD establecen un marco jurídicamente vinculante para garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud mental y para mejorar la situación de las personas con discapacidad psicosocial. Por tanto, de ellos emanan una serie de obligaciones aplicables al plano nacional y a todas las partes de los Estados federales signatarios (ONU 1966, art. 28; ONU 2006, art. 4.5). Como referimos anteriormente, los demás instrumentos analizados contribuyen en la comprensión y especificación de las obligaciones contenidas en tales tratados que resultan aplicables al ámbito concreto de la salud mental.

5.1. *Niveles de obligaciones*

Los distintos instrumentos analizados coinciden en identificar tres tipos o niveles de obligaciones que se imponen a los Estados parte tras ratificar los tratados de derechos humanos: la obligación de respetar, de proteger y de cumplir.

5.1.1. OBLIGACIÓN DE RESPETAR

Los Estados deben abstenerse de realizar actos o prácticas que tengan injerencia directa o indirecta en el disfrute del derecho a la salud mental (ONU 2000) o que sean incompatibles con la CDPD (ONU 2006). Entre otras medidas, esto implica el deber de revisar y modificar leyes que pudieran obstaculizar el ejercicio de los derechos consagrados o que resulten discriminatorias para las personas en este ámbito (ONU 1994, 2006, 2009, 2014, 2018b, 2023), eliminar la institucionalización y poner en libertad a las personas confinadas en servicios de salud mental (ONU 2014, 2017a y 2023; ACNUDH 2017), reemplazar los regímenes de sustitución en la adopción de decisiones por alternativas de apoyo para la toma de decisiones (ONU 2014 y 2017a; ACNUDH 2017), proteger el principio del consentimiento libre e informado como condición de los tratamientos en salud mental (ACNUDH 2017), erradicar la medicalización excesiva en este contexto (ONU 2023), eliminar los tratamientos forzados e involuntarios (ONU 2014), o facilitar la transición hacia su erradicación (ONU 2017b).

La obligación de respetar también alcanza a las políticas económicas de los Estados, que “no deben aumentar las dificultades que enfrentan las personas con discapacidad mediante la reducción de sus ingresos en épocas de crisis económicas o financieras o a través de medidas de austeridad que son incompatibles con las normas de derechos humanos” (ONU 2017a).

5.1.2. OBLIGACIÓN DE PROTEGER

Esta obligación supone la necesidad de adoptar medidas para impedir que terceros (personas, familias, organizaciones, sector privado) interfieran en el disfrute de los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental. En los instrumentos analizados priman las medidas orientadas a impedir las injerencias del sector privado y de las fuerzas del mercado, por ejemplo:

Intervenir y tomar medidas apropiadas para moderar, suplementar, contrarrestar o superar los resultados de las fuerzas del mercado (ONU 1994, párr. 12).

Velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud (ONU 2000, párr. 35).

Otras medidas hacen alusión a: promover la adopción de leyes para velar por el igual acceso a los servicios y seguros de salud proporcionados por terceros (ONU 2000), tomar medidas para que ninguna persona, organización o empresa discrimine por motivos de discapacidad (ONU 1994, 2018b, 2023), proteger a las personas con discapacidad psicosocial contra el ocultamiento en las familias o el aislamiento en instituciones (ONU 2017a), protegerlas contra influencias indebidas en las relaciones de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica (ONU 2014), sensibilizar a la sociedad y promover la toma de conciencia para luchar contra estereotipos, prejuicios y prácticas nocivas hacia estas personas (ONU 2006, 2023).

Además, se insiste en el deber de inspeccionar y supervisar todas las instituciones, servicios y programas destinados a personas usuarias de salud mental y con discapacidad psicosocial, mediante mecanismos y autoridades independientes que las protejan contra la explotación, la violencia y el abuso (ONU 1991, 2006 y 2017a; ACNUDH 2017). Dicha protección también requiere la adopción de legislación y políticas efectivas que permitan detectar, investigar y, en su caso, juzgar tales vulneraciones (ONU 2006).

5.1.3. OBLIGACIÓN DE CUMPLIR

La obligación de cumplir supone el deber de adoptar medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud mental y a los derechos de las personas con discapacidad psicosocial (ONU 1991, 2000, 2006 y 2017a).

Para ello, los Estados parte deben movilizar y asignar recursos suficientes, previsibles y sostenibles para la prevención y promoción de la salud mental (ONU 2023), mediante políticas intersectoriales que aborden los determinantes sociales con el compromiso presupuestario de todos los ministerios pertinentes (ONU 2000, 2017b). Estos servicios intersectoriales de salud mental y apoyo psicosocial deberán ser “de calidad, adaptados al contexto, con perspectiva de género y en cuya prestación se respeten los derechos humanos” (ONU 2023, párr. 9).

Además, deben garantizar la existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios adecuados de salud mental en la comunidad (ONU 2000, 2017a y 2023), que prioricen la atención primaria y preventiva en lugar de los servicios curativos caros (ONU 2000). Para avanzar en la desinstitucionalización, también deben garantizar la disponibilidad de un número suficiente de viviendas accesibles y asequibles para las personas con discapacidad psicosocial, incluidas viviendas familiares, así como servicios de apoyo accesibles, asequibles, aceptables y adaptables para todas las personas que lo requieran (ONU 2000, 2014, 2017a y 2023).

Incluso, se contemplan transferencias de efectivo —como las prestaciones por discapacidad—, para reconocer los gastos relacionados con la discapacidad y hacer frente a las situaciones de pobreza y extrema pobreza en que pueden encontrarse algunas de esas personas (ONU 2017a). Esto incluye a los cuidadores familiares, quienes también podrían necesitar apoyo financiero por las dificultades para acceder al mercado de trabajo debido al tiempo que insume la prestación de tales cuidados (ONU 2017a).

5.2. *Dimensión temporal de las obligaciones*

En su calidad de derecho social, el derecho a la salud mental incluye una serie de obligaciones inmediatas y otras de tipo progresivo que fueron reconocidas en la OG n. 14 del Comité DESC (ONU 2000) y que en este trabajo complementaremos con las contenidas en los demás instrumentos analizados.

5.2.1. OBLIGACIONES INMEDIATAS

Las obligaciones inmediatas vinculadas al derecho a la salud física y mental incluyen: a) la garantía de que será ejercido sin discriminación, y b) la obligación de adoptar medidas (deliberadas y concretas) en aras de la plena realización de este derecho (ONU 2000).

La no discriminación aparece así como una obligación inmediata y de alcance general (ONU 2009 y 2018b), que exige a los Estados “adoptar de forma inmediata las medidas necesarias para prevenir, reducir y eliminar las condiciones y actitudes que generan o perpetúan la discriminación sustantiva o de facto” (ONU 2009, párr. 8). Esto incluye la posibilidad de tomar medidas específicas de carácter

temporal para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad respecto de las demás personas (ONU 1994).

Además, la OG n. 14 del Comité DESC (ONU 2000) argumenta que los Estados tienen una serie de “obligaciones básicas” para asegurar la satisfacción de niveles esenciales del derecho a la salud física y mental y cuyo incumplimiento no puede justificarse nunca ni bajo ninguna circunstancia. Entre tales obligaciones básicas se incluye el deber de asegurar: la atención primaria de la salud, el acceso equitativo y no discriminatorio a los centros, bienes y servicios de salud, el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, la provisión de medicamentos esenciales, y la adopción de una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública (ONU 2000). Esto último debería incluir una estrategia nacional de salud mental con base en la comunidad (ONU 2017b), que permita integrarla en la atención primaria de la salud (ONU 2023).

En el marco de la CDPD se reconoce que el artículo 19 (relativo al derecho a elegir dónde, cómo y con quién vivir) es de aplicación inmediata, por tratarse de un derecho civil y político (ONU 2017a). Además, se argumenta que la institucionalización es discriminatoria, puesto que las personas se ven obligadas a renunciar a su participación en la vida comunitaria para poder recibir tratamiento en salud mental, lo cual constituye un trato diferenciado por motivos de discapacidad (ONU 2018b). En virtud de ello, se explicita que los Estados tienen la obligación inmediata de avanzar en la desinstitucionalización, “mediante una planificación estratégica, con plazos adecuados y dotación de recursos suficientes, en consultas estrechas y respetuosas con las organizaciones que representan a las personas con discapacidad” (ONU 2017a, párr. 42).

Sumado a ello, ACNUDH (2017) argumenta que el componente de libertad que entraña el derecho a la salud mental supone una obligación inmediata que no está condicionada al logro progresivo ni a la disponibilidad de recursos.

También implica una obligación inmediata el derecho a la capacidad jurídica y al igual reconocimiento como persona ante la ley (establecidos en el art. 12 de la CDPD), por tratarse de derechos civiles y políticos. Esto incluye la obligación de proporcionar el acceso a los apoyos necesarios para el ejercicio de la capacidad jurídica, así como la adopción de medidas inmediatas, deliberadas, planificadas y que incluyan la participación real de las personas con discapacidad y de sus organizaciones, orientadas a dotar de plena efectividad a las disposiciones del art. 12 de la CDPD (ONU 2014).

5.2.2. OBLIGACIONES PROGRESIVAS

Al reconocer los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles de algunos países para garantizar de manera inmediata y absoluta todos los componentes de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité DESC establece la posibilidad de avanzar de manera progresiva hacia su total cumplimiento (ONU 2000). Sin embargo, la realización progresiva no significa la inacción por parte de los Estados sino, por el contrario, "la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12" (ONU 2000, párr. 31), o sea, del derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

La obligación de progresividad descalifica, por tanto, la inacción e invalida las medidas regresivas, al prohibir que los Estados desarrollen normas, políticas, programas o acciones de gobierno que empeoren los niveles de protección de los derechos vigentes o que supriman, deroguen o restrinjan derechos acordados en un momento anterior (Pautassi 2021).

Al respecto, el Comité DESC establece que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud (ONU 2000), mientras que el Comité DPD prohíbe a los Estados partes adoptar medidas regresivas con respecto a las obligaciones esenciales mínimas relativas al derecho a vivir de forma independiente en la comunidad (ONU 2017a). Este último órgano de tratado sostiene que, si un Estado parte pretendiera introducir medidas regresivas con respecto a ese derecho en respuesta a una crisis económica o financiera, "estará obligado a demostrar que esas medidas son temporales, necesarias y no discriminatorias y que respetan sus obligaciones básicas" (ONU 2017a, párr. 43).

Para asegurar que avancen de manera progresiva y continuada en el cumplimiento de sus obligaciones, el art. 2.1 del PIDESC también establece que los Estados deben adoptar medidas "hasta el máximo de los recursos que dispongan" para lograr la plena efectividad de los derechos allí reconocidos. El Comité DPD agrega que, para lograr la efectividad progresiva de los DESC, estas medidas "deben adoptarse de inmediato o dentro de un período de tiempo razonablemente breve, y deben ser deliberadas, concretas, selectivas y utilizar todos los medios apropiados" (ONU 2017a, párr. 41).

Aunque los Estados tienen el deber de asignar el máximo de los recursos disponibles para dar efectividad al derecho a la salud mental, el ACNUDH (2017) refiere que el gasto anual mundial en esta área de políticas es inferior a 2 dólares estadounidenses por persona, llegando

incluso a 0,25 dólares en los países de bajos ingresos. A esta asignación de recursos insuficientes, se suman las malas decisiones adoptadas sobre su utilización, dado que la mayor parte de los presupuestos se continúan destinando a los hospitales psiquiátricos. Por ello, para lograr la progresividad en el cumplimiento de este derecho, se requiere aumentar las inversiones destinadas a los servicios de salud mental y redirigir la financiación desde la atención institucional hacia los servicios con base en la comunidad (ONU 2017b).

Conclusiones

La decisión de recorte temporal de esta investigación (documentos comprendidos entre 1966 a 2023) nos permitió reconstruir la manera en que ha evolucionado el reconocimiento del derecho a la salud mental a lo largo de casi seis décadas y, con ello, aprehender el carácter histórico, dinámico y en permanente construcción del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

En ese marco, identificamos que la CDPD establece las normas internacionales de derechos humanos más avanzadas en materia de salud mental, especialmente en lo relativo al consentimiento informado, la prohibición de tratamientos forzosos, la desinstitutionalización, la inclusión en la comunidad, la vida independiente, el reconocimiento de la capacidad jurídica y el apoyo en la toma de decisiones.

En lo atinente al contenido del derecho a la salud mental concebido como derecho social, encontramos mayor consenso en relación a los derechos allí reconocidos para todas las personas (determinantes sociales, sistemas de protección y elementos de ese derecho), que respecto de las libertades que deberían protegerlas contra injerencias indebidas sobre su salud y su cuerpo (consentimiento informado, prohibición de tratamientos forzosos, protección contra malos tratos).

El punto de mayor disenso se presenta en relación a las internaciones involuntarias, debido a una controversia doctrinal entre tres órganos de tratados, en lo que diera en llamarse el “*impasse* de Ginebra” en salud mental (McSherry et al. 2023). Allí, el Comité de Derechos Humanos y el Comité DESC asumen una postura “pragmática o proporcionalista”, mediante la que admiten de manera excepcional las internaciones involuntarias, mientras que el Comité DPD sostiene una posición “abolicionista”, que establece la prohibición

absoluta de tratamientos forzosos no consentidos. En el marco de esa discusión, el ACNUDH (2017) acuerda con la postura del Comité DPD e insta a derogar de manera inmediata las leyes o normas que autorizan o perpetúan tales prácticas, mientras que el Relator sobre Derecho a la Salud (ONU 2017b) asume un posicionamiento “gradualista” y convoca a construir consensos para avanzar de manera progresiva hacia sistemas de salud mental cada vez menos restrictivos.

Este “*impasse* de Ginebra” en salud mental fundamenta la necesidad de formular una OG conjunta entre los referidos Comités, para establecer un estándar claro en relación a las internaciones involuntarias y reducir el margen de discrecionalidad de los Estados en el cumplimiento de sus compromisos internacionales en este ámbito.

En relación al alcance de las obligaciones estatales, puntualizamos numerosas medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otra índole orientadas a respetar, proteger y cumplir con los derechos de las personas usuarias de salud mental y con discapacidad psicosocial. Además, identificamos como obligaciones inmediatas: la protección contra la discriminación, el acceso equitativo a establecimientos, bienes y servicios de salud mental, a la atención primaria de la salud y a condiciones sanitarias básicas, la provisión de medicamentos esenciales, la desinstitucionalización, el respeto y apoyos a la capacidad jurídica, y la adopción de un plan de acción nacional en salud mental. El resto de obligaciones deberán cumplirse de manera progresiva, lo cual implica adoptar acciones concretas y deliberadas orientadas a esa dirección, que utilicen al máximo los recursos disponibles e impugnen tanto la inacción como las medidas regresivas.

Por razones de espacio, quedaron fuera de este trabajo una serie de estándares de derechos humanos, tales como la participación ciudadana, la igualdad y no discriminación, la perspectiva de género, la rendición de cuentas, la producción y acceso a la información y el acceso a la justicia. Estos estándares, que operan como “derechos procedimentales” o principios de gestión, orientan la forma en que los Estados deben intervenir en la organización de sus políticas para cumplir sus obligaciones internacionales (Abramovich 2021). Dichos estándares del derecho a la salud mental —esto es, el “cómo” implementar su contenido y alcance— serán objeto de análisis en un futuro trabajo.

Además, el alcance acotado de este estudio —con una cobertura temporal que alcanza al año 2023— conlleva la necesidad de mantener actualizada esta revisión de manera periódica mediante la incorporación de sucesivos instrumentos internacionales vinculados a

esta temática y abre incluso la posibilidad de avanzar en análisis comparativos con instrumentos de sistemas regionales y de la propia Organización Mundial de la Salud.

Con todo, consideramos que esta identificación del contenido y alcance del derecho a la salud mental en virtud del principio *pro personae* podría contribuir a distintos procesos. Por un lado, para reforzar la importancia de que los órganos de tratados contemplen la especificidad del derecho a la salud mental y de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial en sus OG y en los procesos de monitoreo de los Estados. Por otro lado, esta sistematización podría constituirse en una herramienta para los Estados signatarios de los referidos tratados, para que puedan incorporarlas en la formulación de leyes y políticas de salud mental y para que los tribunales nacionales puedan retomarmas como criterio interpretativo que recupere el posicionamiento actual de distintas agencias de Naciones Unidas en relación a esta temática. También podría servir como aporte a las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a este campo temático, no sólo en relación a la promoción de este derecho sino también para constituir un parámetro claro de comparación que permita reclamar y demandar en casos de incumplimiento.

Bibliografía

- Abramovich, Victor. 2021. «Los derechos humanos en las políticas públicas». En *Feminismos, cuidados e institucionalidad*, editado por Laura Pautassi y Flavia Marco Navarro, 375-392. Buenos Aires: Fundación Medifé Edita.
- ACNUDH. 2012. *Indicadores de derechos humanos: guía para la medición y la aplicación*. HR/PUB/12/5(Rev.1).
- ACNUDH. 2017. *Informe sobre salud mental y derechos humanos*. AI/HRC/34/32.
- Cohen, Hugo. 2019. «Salud mental: ¿por qué la desmanicomialización?» En *El fin del manicomio*, editado por Alberto Trimboli, 57-70. Buenos Aires: Noveduc.
- Creswell, John. 2014. *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. California: Sage.
- Galende, Emiliano y Alfredo Kraut. 2006. *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Liebenberg, Sandra. 2010. *Socio-Economic Rights: Adjudication under a Transformative Constitution*. Claremont: Juta.
- McSherry, Bernardette, Piers Gooding e Yvette Maker. 2023. «Human rights promotion and the 'Geneva impasse' in mental healthcare: scoping review». *BJPsych open* 9(3): e58. Doi: 10.1192/bjo.2023.50

- OMS. 2004. *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra: OMS.
- ONU. 1966. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. A/RES/2200A(XXI).
- ONU. 1971. *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*. A/RES/2856(XXVI).
- ONU. 1991. *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental*. A/RES/46/119.
- ONU. 1994. *OG n. 5 del Comité DESC sobre personas con discapacidad*. E/1995/22.
- ONU. 2000. *OG n. 14 del Comité DESC sobre el derecho a la salud*. E/C.12/2000/4.
- ONU. 2006. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. A/RES/61/106.
- ONU. 2009. *OG n. 20 del Comité DESC sobre no discriminación*. E/C.12/GC/20.
- ONU. 2014. *OG n. 1 del Comité DPD sobre igual reconocimiento como persona ante la ley*. CRPD/C/GC/1.
- ONU. 2015. *Directrices del Comité DPD sobre el artículo 14: derecho a la libertad y a la seguridad de las personas con discapacidad*. CRPD/C/12/2.
- ONU. 2017a. *OG n. 5 del Comité DPD sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*. CRPD/C/GC/5.
- ONU. 2017b. *Informe del Relator Especial sobre el Derecho a la Salud sobre sistemas de salud mental respetuosos de los derechos humanos*. A/HRC/35/21.
- ONU. 2018a. *Corrección al párrafo 27 de la OG n. 1 del Comité DPD sobre igual reconocimiento como persona ante la ley*. CRPD/C/GC/1/Corr.1.
- ONU. 2018b. *OG n. 6 del Comité DPD sobre igualdad y no discriminación*. CRPD/C/GC/6.
- ONU. 2023. *Resolución sobre Salud mental y apoyo psicosocial*. A/RES/77/300.
- Palacios, Agustina. 2016. «La salud mental en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos». *Derecho de Familia* 77(27): 1-12. Acceso el 9 de junio de 2026: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/82473>
- Pautassi, Laura. 2021. «La agenda de progresividad en el Sistema Interamericano. Una aproximación a partir del derecho a la salud». En *Interamericanización de los DESCAs*, coordinado por Mariela Morales, Liliana Ronconi y Laura Clérico, 297-328. Querétaro: Instituto de Estudios Constitucionales.
- Sanabria, Jesús, Cindy Merchán y Mayra Saavedra. 2019. «Estándares de protección del Derecho Humano a la salud en la Corte Interamericana de Derechos Humanos». *El Ágora USB* 19: 132-148. Doi: 10.21500/16578031.3459
- Sikkink, Kathryn. 2018. *Razones para la esperanza. La legitimidad y efectividad de los derechos humanos de cara al futuro*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Soriano-Miras, Rosa y Antonio Requena. 2014. «La aplicación de los criterios de la *Grounded Theory* en el análisis documental». *EMPIRIA*, 28: 157-181.

Acceso el 9 de junio de 2026: <https://www.redalyc.org/pdf/2971/297131032007.pdf>

Torres, Mercedes. 2010. «Desarrollo de estándares internacionales en materia de salud mental». *Opinión y Debate*, 11: 25-31 Acceso el 9 de junio de 2026: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r25717.pdf>

Vela, Marco A. 2022. «Salud mental como derecho fundamental: estatus, posiciones jurídicas y garantías jurisdiccionales reforzadas». *Opinión Jurídica* 21: 80-102. Doi: 10.22395/ojum.v21n44a5