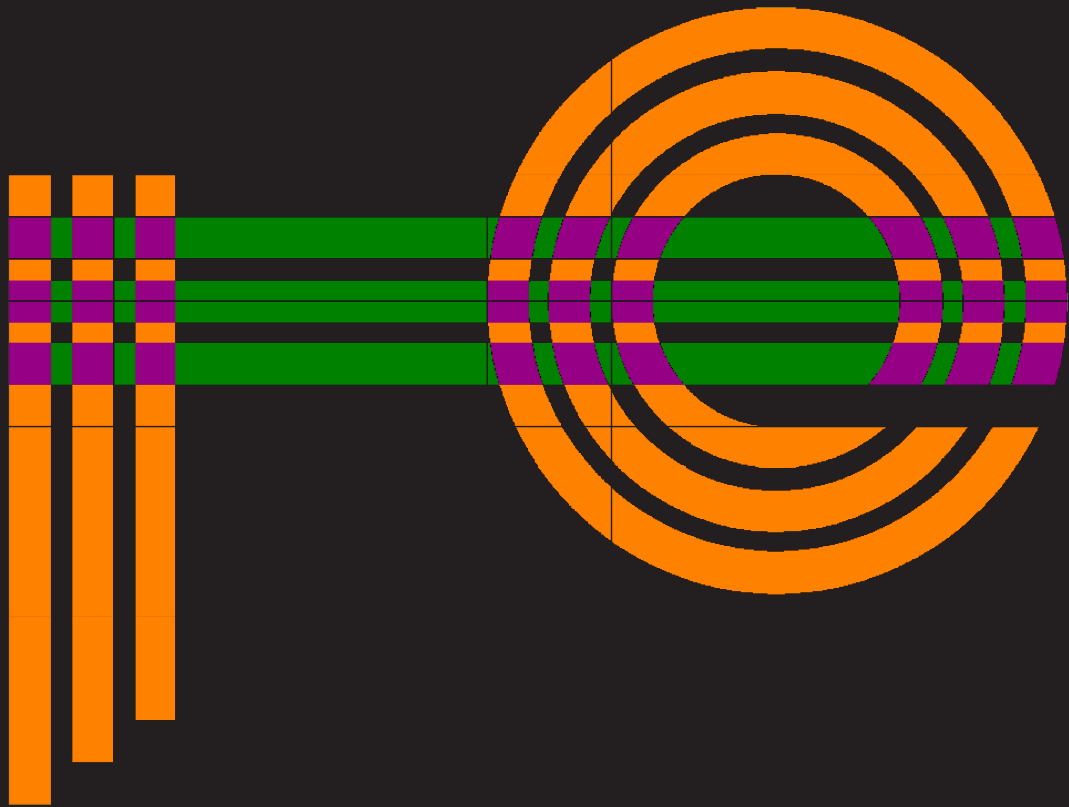


**INFORME
REGIONAL
2023**

**HACIA LA
JUSTICIA LOCA
Y LA REPARACIÓN**

**RedEsfera Latinoamericana
por las Culturas Locas,
la Diversidad Psicosocial,
la Justicia, el Buen Vivir y
el Derecho al Delirio**

www.redesfera.org



la redesfera
latinoamericana

Coordinación:

Alberto Vásquez
Pao Yauri Bellido
Lorena Berrios

Consultora 2022-2023:

Grecia Guzmán Martínez

Equipo consultor 2021:

Paula Cornejo Aguirre
Juan Carlos Cea-Madrid

Agradecemos la colaboración de:

Alan Robinson, Alba Villalba, Ale Álvarez, Agustina Palacios, Andrea Parra, Beatriz Yudich Barra Ortiz, Berenice Rodríguez Matlalcuatzi, Cecilia Guillén, Daniel Rivera Talavera, Felipe Orozco, Ilse Gutiérrez, María Elena Leonard, María Isabel Cantón, Olivia Cano, Silvestre Barragán, Víctor Lizama.



CONTENIDO



I. INTRODUCCIÓN

6

La RedEsfera Latinoamericana por las Culturas Locas, la Diversidad Psicosocial, la Justicia, el Buen Vivir y el Derecho al Delirio	6
¿Por qué hacemos este informe?	7
La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el lugar de la diversidad psicosocial	8
Estado de firma y ratificación de la CDPD	10

II. METODOLOGÍA

11

Situación de nuestros derechos en la legislación y las políticas públicas de la región	12
3.1. Marco legal, institucional y estadístico	12
3.2. Igualdad y no discriminación	18
3.3. Capacidad jurídica 15	21
3.4. Libertad y seguridad personal y protección contra la tortura	24
3.5. Salud	29
3.6. Vida independiente en la comunidad y desinstitucionalización	32
3.7. Acceso a la justicia	35
3.8. Educación	39
3.9. Trabajo y empleo	41
3.10. Protección social y participación política	46

IIV CONSTRUYENDO ALTERNATIVAS

51

4.1. Autoformación y divulgación del conocimiento	52
4.2. Arte y culturas locas.....	52
4.3. Incidencia en la comunidad.....	52
4.4. Generación cooperativa de recursos económicos.....	53
4.5. Ámbito legal y ejercicio de la capacidad jurídica.....	53
4.6. Feminismos locos.....	54
4.7. Espacios de apoyo y de cuidados.....	55

CONCLUSIONES

56

ANEXOS

58

Tabla 1. Instituciones de defensoría y líneas de trabajo relacionados con la diversidad psicosocial.....	58
Tabla 2. Leyes generales que establecen la no discriminación por motivos de discapacidad, ajustes razonables, medidas afirmativas, acciones de concientización o formación, y su supervisión.....	59
Tabla 3. Datos y fuentes consultadas sobre internamientos involuntarios, tratos inhumanos o degradantes y prácticas que pueden equivaler a tortura	67
Tabla 4. Leyes y políticas consultadas sobre desinstitucionalización y vida independiente en la comunidad	73
Tabla 5. Leyes, políticas y documentos consultados sobre educación inclusiva..	76
Tabla 6. Leyes, políticas y programas consultados sobre el derecho al trabajo..	80

I. INTRODUCCIÓN

- **La RedEsfera Latinoamericana por las Culturas Locas, la Diversidad Psicosocial, la Justicia, el Buen Vivir y el Derecho al Delirio**

Somos una organización regional integrada por personas de la diversidad psicosocial. Reconocemos la “diversidad psicosocial” como un hecho y principio derivado de la diversidad humana. Es un amplio espectro del que todas las personas podemos formar parte a lo largo de la vida. Incluye múltiples experiencias, identidades y autodenominaciones, entre las que se encuentra el ser personas usuarias, exusuarias y sobrevivientes de la psiquiatría; personas locas; personas con discapacidad psicosocial; personas neurodivergentes; personas que escuchan voces, que tienen visiones o experimentan cambios de ánimo; entre otras. Nos une un compromiso con la justicia social, el respeto de nuestros derechos y la reparación de experiencias comunes en las que enfrentamos tortura, privación de la libertad, aislamiento, trauma, violencia, estigmatización, exclusión y múltiples vulneraciones de nuestra integridad personal y nuestras vidas. Nos organizamos de manera autogestionada para hacer frente a estas violencias en el ámbito de la salud mental. Desde el año 2018, trabajamos de forma voluntaria por la defensa de nuestros derechos en la región.²

Formamos parte de un gran movimiento social que ha impulsado un cambio de paradigma en las formas de comprender la locura y el malestar desde las experiencias en primera persona. Teniendo como referente (entre otros) al Movimiento Vida Independiente, nos organizamos de manera autorrepresentada para garantizar que seamos nosotras mismas las personas que decidamos sobre nuestras vidas: ¡nada sobre nosotres sin nosotres!

1 A lo largo del informe, hacemos uso del término “personas con discapacidad”, considerando que es una expresión ampliamente utilizada en las políticas públicas, legislaciones y organizaciones a nivel internacional. No obstante, adscribimos la necesidad de comprender la discapacidad como una *situación*, en la línea del modelo social de la discapacidad y de derechos humanos.

2 Para más información sobre la RedEsfera puede consultarse el siguiente enlace: <https://www.redesfera.org> y en nuestra Declaración de Lima: <https://www.redesfera.org/declaración-de-lima-completa>.

- **¿Por qué hacemos este informe?**

Actualmente, muchos de nuestros derechos todavía son vulnerados en las instituciones de salud mental y en la sociedad en general. Si las vulneraciones que vivimos no las reconocemos como tales (ni las reconocen otras personas ni los propios Estados) difícilmente podemos protegernos ante ellas. Hacemos este informe para promover este reconocimiento tanto al interior de nuestro colectivo como en la sociedad en general. También para dar a conocer cómo estamos socialmente y qué se está haciendo o qué herramientas hay en nuestra región para defender nuestros derechos.

Tenemos presente que la auto-organización entre las personas de la diversidad psicosocial ha generado, desde hace por lo menos cinco décadas, un amplio Movimiento Social que permite desestabilizar las categorías diagnósticas, nombrar la violencia psiquiátrica como tal, resistir a la psicopatologización, crear conocimiento, crear contraculturas³ y promover la cultura loca. Esta movilización también ha permitido poner nombre a las distintas formas de violencia estructural y sistemática que nos afectan como colectivo: *cuerdismo*.⁴ A su vez, ha generado la posibilidad de crear estrategias individuales y colectivas para la resistencia y la incidencia política. Como organización, tenemos el compromiso de divulgar nuestros derechos y compartir el Orgullo por nuestra diversidad, construyendo a su vez conocimiento sobre nuestra realidad desde nuestra propia experiencia. Este es un compromiso compartido con otras personas y organizaciones del Movimiento y los Estudios Locos en la lucha por la protección, el respeto y el avance de nuestros derechos a lo largo de la región.

En este informe revisamos leyes, políticas y prácticas alternativas en construcción en 10 países: Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay. Elegimos estos países porque en el momento del diseño del informe fueron representativos de la mayoría de participantes de la RedEsfera. No obstante, sabemos que en muchos otros lugares de la región continúa habiendo vulneraciones de derechos de las que aún no se habla o que no se reconocen como tales. A través de este informe, y como Red, mantenemos el compromiso de extender el alcance de nuestra lucha a lo largo de la región.

En la elaboración del informe tomamos como referencia la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas, así como nuestras propias experiencias. Necesitamos contar con todas las herramientas posibles (activismos de base, incidencia política y legal, producción de conocimiento, etc.) para defendernos de la violencia institucional, de los prejuicios, del estigma, y de cualquier forma de discriminación y patologización que nos impida tomar nuestras propias decisiones y formar parte activa de nuestras comunidades.

3 Tam, Louise (2013). Whither Indigenizing the Mad Movement? Theorizing the Social Relations of Race and Madness through Conviviality. pp. 281-297. En: LeFrançois, Brenda, Menzies, Robert, y Reaume, Geoffrey. *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Canadian Scholar's Press Inc.

4 Referencias bibliográficas y activistas sobre esto:

- Antropóloga Trastornada (2020). *Cuerdismo. Rebelión Feminista*. Disponible en: <https://rebellionfeminista.org/2020/07/21/cuerdismo/>
- Robinson, Alan (2019). *El cuerdismo*. Editorial Los Hermanos.
- Chamberlin, Judi (1975). Women's Oppression and Psychiatry Oppression. En Smith Dorothy E. & David Sarah J. *Women look at psychiatry*. Press Gang Publishers: Vancouver (Traducción disponible en: <https://www.lalokapedia.com/post/la-opresi%C3%B3n-de-las-mujeres-y-la-opresi%C3%B3n-psiqui%C3%A1trica>)

5 Algunas referencias al respecto:

- Gorman, Rachel & LeFrançois, Brenda A. (2018). Mad studies. En: Bruce M. Z. Cohen. *Routledge Internacional Handbook of Critical Mental Health*. Routledge. (Traducción disponible en: <https://lalokapedia.blogspot.com/2020/06/estudios-locos-un-texto-de-rachel.html>)
- Ingram, Richard (2016). Doing Mad Studies: Making (non)sense together. *Intersectionalities: A Global Journal of Social - Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 5(3), 11-17. (Traducción disponible en: <https://primeravocal.org/haciendo-estudios-locos-construyendo-sin-sentido-juntos-de-richard-a-ingram/>)
- Cea-Madrid, Juan Carlos (Ed.) (2018). *Por el derecho a la locura: la reinención de la salud mental en América Latina*. 1era. ed. Santiago, Editorial Proyección.

- **La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el lugar de la diversidad psicosocial**

La CDPD es el primer tratado internacional específico para la defensa de derechos de las Personas con Discapacidad. Se redactó en la ciudad de Nueva York en 2006 y ha sido firmado y ratificado por más de 180 países. Es un tratado *vinculante*, lo que significa que los países que lo firman y ratifican adquieren el compromiso de cumplir con sus principios, realizando las modificaciones y adecuaciones legislativas, sociales y políticas que sean necesarias. Por eso la CDPD ha sido un documento muy importante para promover algunos cambios necesarios en distintas regiones.

La CDPD representa un cambio de paradigma en el abordaje de la discapacidad: permite pasar de un modelo médico-rehabilitador a un modelo social y de derechos humanos. Bajo este cambio de paradigma, la discapacidad ya no está en la persona, sino en su interacción con el entorno. No se busca “curar” a la persona o “corregir” sus “diferencias”; por el contrario, éstas se valoran como parte de la diversidad humana. Lo que se busca es asegurar que las barreras que limitan o impiden la participación de la persona se eliminen y se presten los apoyos y ajustes necesarios para que todas las personas puedan ejercer sus derechos.

La CDPD fue redactada con una amplia incidencia de organizaciones de la sociedad civil de personas con discapacidad, entre ellas personas usuarias, exusuarias y sobrevivientes de la psiquiatría.⁶ Su participación en la redacción y monitoreo de la CDPD ha sido muy importante para que podamos utilizarla como herramienta de protección de derechos.

En este contexto, distintas organizaciones y personas de la diversidad psicosocial han adoptado el término “discapacidad psicosocial”⁷ como una estrategia jurídica que nos permita defendernos bajo el paraguas legal y político que se instaura con la CDPD.⁸ Utilizamos la palabra “psicosocial” en lugar de “mental”, “psíquica” o “psiquiátrica” para que nuestras necesidades no se reconozcan sólo en el ámbito médico, sino principalmente en nuestra interacción personal con el contexto social. El término “discapacidad psicosocial” es utilizado en las legislaciones, políticas e instituciones de distintos países; y lo largo de este informe lo usamos en diferentes momentos, reconociendo a su vez que la diversidad psicosocial es mucho más amplia y que muchas personas de nuestro colectivo no se identifican como personas con discapacidad.

Uno de los retos de utilizar la CDPD es que su texto mantiene el concepto de “deficiencia” en su definición de “personas con discapacidad” (aunque pone énfasis en las distintas barreras del entorno que generan la “discapacidad”).⁹ El concepto de “deficiencia” puede resultar problemático porque, por un lado, es un término históricamente peyorativo y psicopatologizante que no refleja nuestras experiencias ni describe nuestras posibles necesidades de apoyo. Por otro lado, muchos Estados que firmaron y ratificaron la CDPD lo utilizan para perpetuar un modelo médico-rehabilitador que atenta contra nuestra voluntad y preferencias (lo cual en sí mismo es contrario a la CDPD). Otro problema es que la CDPD incluye el criterio de “a largo plazo” en la definición de “discapacidad”. Tal como explicaremos más adelante, este criterio no necesariamente refleja la realidad de las personas de la diversidad psicosocial.

No obstante, el paradigma social y los principios de la CDPD son actualmente una herramienta importante para que podamos crear cambios legislativos e impulsar prácticas alternativas y de defensa de derechos.

6 “Se dice que 80% del texto de la Convención fue aportado por la sociedad civil, es decir, por las organizaciones de personas con discapacidad, incluidas las organizaciones de usuarios y supervivientes de la psiquiatría” (Minkowitz, Tina [2019]. *Encuentro de los movimientos activistas de salud mental en 1ª persona*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=AT57W6gtVck&t=541s>)

7 Puede verse un ejemplo de definición de la “discapacidad psicosocial” desde la perspectiva de personas usuarias y supervivientes de la psiquiatría en otras regiones: <http://www.chrusp.org/file/335895/CHRUSPAbProSubmission1final.docx>.

8 Para más información sobre esto se pueden consultar los siguientes estudios:

- Pérez-Pérez, Beatriz (n.d.). Apuntes para una aproximación genealógica a la categoría política de «discapacidad psicosocial». En T. Ordorika Sacristán & I. E. Gómez Aguilar (Eds.), *Salud mental y Discapacidad Psicosocial: Definiciones Diversas, Concepciones en Tensión*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Universidad Autónoma de México.
- Minkowitz, Tina (2015). Advancing the Rights of Users and Survivors of Psychiatry Using the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, pp 171–82. En Helen Spandler, Jill Anderson, and Bob Sapey (Eds). *Madness, Distress and the Politics of Disablement*. Bristol: Policy Press Bristol.

9 “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”. Naciones Unidas, 2006. <https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/CRPD/Pages/disabilitiesconvention.aspx>

- **Estado de firma y ratificación de la CDPD**

Los 10 países que forman parte de este informe firmaron la CDPD en el año 2007 y la ratificaron entre el 2008 y el 2009. Al firmarla manifiestan su apoyo a la Convención, y al ratificarla adquieren el compromiso de implementar sus principios. También se comprometen a presentar un informe periódico ante el órgano de personas expertas independientes que supervisa su implementación: el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad.

Junto a la Convención se encuentra otro documento llamado "Protocolo Facultativo", para su firma y/o ratificación opcional. Los Estados que, además de la CDPD, ratifican este Protocolo reconocen al Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad como el organismo encargado de investigar denuncias y/o quejas de vulneraciones de los derechos protegidos por la Convención. El Protocolo establece un mecanismo de denuncias individuales que pueden ser presentadas ante el Comité. Como se muestra en la siguiente tabla, 9 de los países incluidos en este informe han ratificado el Protocolo Facultativo. Por lo tanto, en estos 9 países las personas de la diversidad psicosocial pueden presentar denuncias y/o quejas ante el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad por vulneraciones de derechos¹⁰.

10 Se puede encontrar más información en: <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/crpd/individual-communications>

País	CDPD	Protocolo Facultativo opcional
Argentina	Firma en 2007 Ratifica en 2008	Firma en 2007 Ratifica en 2008
Chile	Firma en 2007 Ratifica en 2008	Firma en 2007 Ratifica en 2008
Colombia	Firma en 2007 Ratifica en 2008	No firma ni ratifica
Costa Rica	Firma en 2007 Ratifica en 2008	Firma en 2007 Ratifica en 2008
Ecuador	Firma en 2007 Ratifica en 2008	Firma en 2007 Ratifica en 2008
México	Firma en 2007 Ratifica en 2007	Firma en 2007 Ratifica en 2007
Nicaragua	Firma en 2007 Ratifica en 2007	Firma en 2008 Ratifica en 2010
Paraguay	Firma en 2007 Ratifica en 2008	Firma en 2007 Ratifica en 2008
Perú	Firma en 2007 Ratifica en 2008	Firma en 2007 Ratifica en 2008
Uruguay	Firma en 2007 Ratifica en 2009	No firma Ratifica en 2011

Tabla 1. Estado de firma y ratificación de la CDPD y Protocolo Facultativo por país. Elaboración propia.

II METODOLOGÍA

En este informe revisamos la implementación de la CDPD en los siguientes ámbitos en cada país:

1. Marco legal, institucional y estadístico
2. Igualdad y no discriminación
3. Capacidad jurídica
4. Libertad y seguridad personal y protección contra la tortura
5. Salud
6. Vida independiente en la comunidad y desinstitucionalización
7. Acceso a la justicia
8. Educación
9. Trabajo y empleo
10. Protección social y participación política

Recopilamos la información de distintas maneras. En primer lugar, lanzamos un cuestionario abierto y voluntario dirigido a personas de la diversidad psicosocial para explorar si en los 10 países se llevan a la práctica los principios de la Convención.¹¹ Posteriormente, enviamos solicitudes de información a distintas instituciones públicas para explorar los 10 ámbitos antes enumerados.¹² Finalmente, realizamos entrevistas con activistas de la diversidad psicosocial para reflejar diferentes experiencias y realidades en la región, así como prácticas alternativas en construcción.

Toda esta información la complementamos a través de una revisión constante de leyes, planes, programas, informes, manuales, normas oficiales, estadísticas, estudios académicos y otros documentos de dominio público relevantes para los derechos de las personas de la diversidad psicosocial. También contrastamos o ampliamos la información a partir de contactar a otras personas expertas o informantes clave de los distintos países.

A lo largo del informe mantenemos una perspectiva no solo de derechos humanos en su vínculo con el modelo social de la discapacidad, sino también feminista, neurodivergente y loca. Esto quiere decir que a través de este informe buscamos aportar a los procesos de transformación y de justicia social y cultural, tanto hacia nuestro colectivo como en un sentido amplio.

A continuación, presentamos la información más relevante organizada en los 10 ámbitos que mencionamos anteriormente.

11 Obtuvimos 27 respuestas en total, distribuidas por país de la siguiente manera: Argentina (3), Chile (6), Colombia (1), Costa Rica (3), Ecuador (3), México (2), Nicaragua (1), Perú (1), Uruguay (7).

12 A través de las solicitudes de información obtuvimos 1,388 respuestas en total, distribuidas de la siguiente manera: Argentina (58), Chile (212), Colombia (52), Costa Rica (27), Ecuador (164), México (463), Nicaragua (1), Paraguay (204), Perú (105), Uruguay (102). Muchas de estas respuestas fueron para comunicar que las instituciones contactadas no contaban con la información solicitada.



III SITUACIÓN DE NUESTROS DERECHOS EN LA LEGISLACIÓN Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE LA REGIÓN

3.1. Marco legal, institucional y estadístico

En esta sección abordamos las leyes de discapacidad y de salud o de salud mental y cómo definen a las personas de la diversidad psicosocial. Así mismo revisamos si las instituciones nacionales de derechos humanos o defensorías del pueblo defienden nuestros derechos. Finalmente explicamos cómo se recopila información estadística sobre nuestro colectivo.

¿Cómo se define la diversidad psicosocial en las leyes?

Las leyes y los términos que se utilizan para definir nuestra situación pueden resultar claves a la hora de planificar acciones que protejan nuestros derechos. En los 10 países de este informe se define a las personas de la diversidad psicosocial en leyes nacionales tanto de discapacidad como de salud y de salud mental.

En la siguiente tabla se muestran las leyes de discapacidad que establecen distintas definiciones que suelen ser utilizadas como referencia en otras leyes o en políticas públicas.



País	Leyes de discapacidad que definen a las personas de la diversidad psicosocial	
Argentina	Ley 22.431. Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, 1981	Art. 2
Chile	Ley 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, 2010	Art. 5
Colombia	Ley 1.618. Establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, 2013	Art. 1
Costa Rica	Ley N°7.600. Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, 1996	Art. 2
Ecuador	Ley N° 796. Ley Orgánica de Discapacidades, 2012.	Art. 6
México	Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2011	Art. 2
Nicaragua	Ley N° 763. Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2011	Art. 3
Paraguay	Decreto N° 10514 Por el cual se reglamenta la Ley N° 4720/2012 "Que crea la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (SENADIS)", 2013	Art. 4. b)
Perú	Ley 29973. Ley General de la Persona con Discapacidad y Reglamento, 2017	Art. 2

Tabla 2. Leyes de discapacidad que definen a las personas de la diversidad psicosocial. Elaboración propia.

Dichas leyes toman como base la CDPD y tienen como objetivo la igualdad, la inclusión y la protección del ejercicio de derechos de las personas con discapacidad en general. Para referirse a nuestro colectivo suelen utilizar uno de los términos incluidos en la propia CDPD (aunque problemático): “deficiencia mental”. También utilizan otros términos bastante asociados al ámbito médico como “deficiencia psíquica”, “deficiencia en el sistema neuronal” o “alteración funcional mental”. En Paraguay se incluye el término “psicosociales” entre las maneras de referirse a las “deficiencias”.

Aunque en la mayoría de los casos se menciona la interacción con las barreras del entorno como aquello que impide la participación social, el uso de estos términos es un problema porque se corre el riesgo de seguir centralizando nuestra situación de diversidad en los criterios del modelo médico-rehabilitador. Además, en algunos países, la “deficiencia mental” se presenta como muy ligada o equivalente a la discapacidad intelectual. Por ejemplo, en Uruguay y Chile se considera la “discapacidad mental” como una categoría que engloba tanto la discapacidad por causa psíquica como por causa intelectual. En Nicaragua se habla tanto de “personas con discapacidad” como de “personas con discapacidad severa”, incluyendo en esta última la discapacidad intelectual, y dentro de ésta última el término “esquizofrénico”. Esto también es problemático porque, si bien hay personas tanto con discapacidad psicosocial como con discapacidad intelectual, su uso indistinto puede perpetuar la confusión entre una y otra; y por lo tanto obstaculizar la planificación de medidas y ajustes que respondan a sus necesidades específicas.

En las leyes de 8 de los países (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay), la definición general de la discapacidad establece además el criterio de “deficiencia permanente”, “prolongada” o “a largo plazo”. Estos criterios también pueden ser problemáticos para nuestro colectivo porque, como nuestras necesidades de apoyo muchas veces son temporales, se puede considerar que las personas de la diversidad psicosocial no tenemos necesidades de apoyo “permanentes” o “a largo plazo” y, por tanto, no estamos protegidas por la ley. Además, la noción de “largo plazo” puede llevar a suponer que se requieren intervenciones o medidas necesariamente permanentes o irreversibles. Este tipo de medidas, lejos de ser un apoyo, con frecuencia representan en sí mismas una barrera o una vulneración de derechos.

La terminología utilizada en las leyes generales de salud y las específicas de salud mental para definir a las personas de la diversidad psicosocial es similar a la de las leyes de discapacidad. Actualmente, 4 países (Costa Rica, Ecuador, México y Paraguay) tienen leyes generales de salud donde se incluyen y regulan los servicios de salud mental. Los otros 6 países tienen leyes específicas de salud mental (Argentina, Chile, Colombia, Nicaragua, Perú



País	Leyes generales de salud donde se incluye la salud mental	Leyes de salud mental	Proyectos de ley
Argentina		Ley N° 26.657. Derecho a la protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914, 2010.	
Chile		Ley N° 21.331. Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, de 2021	
Colombia		Ley N° 1.616. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, 2013	
Costa Rica	Ley N° 5395. Ley General de Salud, 1973		
Ecuador	Ley N° 67. Ley Orgánica de Salud, 2006		Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental (desde 2021)
México	Ley General de Salud de 1984, modificada por Decreto (DOF: 16/05/2022)		
Nicaragua		Ley 650/2008. Ley De Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales, 2008	
Paraguay	Ley N° 836. Código Sanitario		Proyecto de Ley de Salud Mental (desde 2018)
Perú		Ley N° 30.947. Ley de Salud Mental, 22/05/2019; Reglamento del 05/03/2020 aprobado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA; modificatoria por Ley N° 31627, 22/11/2022	
Uruguay		Ley N° 19.529. Ley de Salud Mental, 2017	

Tabla 3. Leyes generales de salud y leyes de salud mental. Elaboración propia.

Para referirse a la diversidad psicosocial en estas leyes se utilizan generalmente los términos más comunes del ámbito médico: “trastornos”, “perturbaciones”, “enfermedades”, “padecimientos” o “desórdenes” de la mente y/o del comportamiento. Llama la atención que a veces aparece también la categoría de “discapacidad mental” o “discapacidad psicosocial”, pero no necesariamente desde el modelo social de la CDPD. Por ejemplo, en Colombia¹³ se define la “discapacidad mental” como una limitación psíquica o del comportamiento que impide comprender el alcance de los propios actos y que puede ser transitoria o permanente según lo determine el criterio clínico del equipo médico. Desde los Ministerios de Salud de Perú¹⁴ y Paraguay¹⁵, la “discapacidad psicosocial” se define como deficiencias, limitaciones y restricciones de una persona para vivir de forma autónoma a causa de un trastorno mental, que dificultan relacionarse y desempeñar una actividad productiva.

Esto es preocupante porque quiere decir que, tanto en las leyes de discapacidad como en las leyes de salud y de salud mental, la diversidad psicosocial continúa considerándose propia del ámbito médico psiquiátrico, más que como un asunto del ámbito social y de derechos humanos. Dicho de otra manera: preocupa que la diversidad psicosocial continúe infrarrepresentada en las leyes de protección de derechos humanos de las personas con discapacidad desde el modelo social, mientras avanza su representación como categoría clínica en las leyes y políticas de salud mental.

¿Las instituciones de derechos humanos y las defensorías del pueblo protegen nuestros derechos?

Debemos estar protegidas no solo por las leyes e instituciones específicas sobre la discapacidad o sobre la salud, sino también por las instituciones de protección de derechos humanos en general. Es importante que estas últimas supervisen (junto con las personas usuarias y las organizaciones que las representan) los ámbitos donde se siguen vulnerando nuestros derechos y que ofrezcan recursos de protección para nuestro colectivo.

En las instituciones de derechos humanos, ministerios públicos de defensa, o defensorías del pueblo de 5 de los países (Argentina, Ecuador, México, Perú y Uruguay) hay organismos o áreas que pueden beneficiar a las personas de la diversidad psicosocial, ya sea desde la línea de trabajo de la discapacidad, la de salud mental, la de prevención contra la tortura, o la de privación de la libertad. Independientemente de la línea, en todos estos países predomina como campo de acción la supervisión del ámbito de los establecimientos psiquiátricos. En Chile, Colombia y Costa Rica, las defensorías e institutos de derechos humanos no tienen un organismo específico, pero existen organismos independientes e informes sobre la situación de las personas con discapacidad psicosocial, particularmente en contextos de encierro. En Nicaragua y Paraguay tampoco hay líneas específicas, pero las procuradurías o defensorías han realizado formaciones sobre discapacidad y sobre salud mental¹⁶.

Tal como en las leyes de discapacidad y de salud que incluyen la diversidad psicosocial, es llamativo que la mayoría de los organismos de defensa de derechos humanos centren sus acciones en el ámbito de la salud mental. Por un lado, es importante el monitoreo periódico de la actuación de los establecimientos psiquiátricos y de salud mental y de cómo perpetúan distintas vulneraciones de derechos. Dicha supervisión es importante porque hasta el día de hoy continúa habiendo vulneraciones justificadas como “tratamiento”, que por lo tanto no se investigan ni se modifican ni se reparan. Así mismo, es importante esta supervisión porque nos puede ayudar a generar estrategias de protección.

Pero, por otro lado, también es necesario descentralizar las acciones de defensa de nuestros derechos del ámbito de la “salud mental”, precisamente por la necesidad de distanciar la diversidad psicosocial del modelo médico-rehabilitador y acercarla al modelo social y de derechos humanos. Es decir, es importante explorar las vulneraciones que también ocurren en otros ámbitos, en conexión con el ámbito de la salud, para planificar acciones que aseguren nuestra participación y vida independiente en la comunidad.

13 Ley N° 1.616. Ley de Salud Mental, 2013.

14 Ministerio de Salud de Perú. Normas Técnicas de Salud. Hogares Protegidos, 2018.

15 Dirección General de Programas de Salud. Solicitud de información. Folio 1997/2021. 15/11/2021.

16 En el Anexo 1 se detallan las instituciones, organismos y líneas de acción revisadas.

¿Hay información estadística sobre nuestra situación poblacional?

Difícilmente se puede responder a nuestras necesidades como colectivo si no se conoce nuestra situación dentro de la población general (si no se sabe, por ejemplo, cuál es nuestra tasa de desempleo, escolaridad, pobreza o situación de vivienda). Por eso es importante que se registren adecuadamente datos sobre la situación poblacional de las personas de la diversidad psicosocial en los censos nacionales, las encuestas de hogares y los estudios sociodemográficos.

Los censos nacionales más recientes en 7 países (Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay y Perú) incluyen información sobre la población con discapacidad de distintos colectivos. Utilizan como instrumento para la recopilación de estos datos una versión resumida del set de preguntas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad (WG, por sus siglas en inglés¹⁷). Las preguntas se centran en explorar limitaciones o dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana (por ejemplo, caminar, recordar, comunicarse, ver, comer, bañarse, vestirse¹⁸). Si bien este set permite capturar información sobre distintas poblaciones con discapacidad, tiene limitaciones para identificar la diversidad psicosocial.

Además de las preguntas basadas en el set del WG, en los censos de Perú y Colombia se han agregado preguntas sobre dificultades para relacionarse o interactuar; y en Paraguay y México sobre la existencia de dificultades, problemas o condiciones mentales o de tipo emocional. En Chile¹⁹ y Costa Rica²⁰ No se explora la situación de las personas con discapacidad en los censos más recientes. No obstante, se han generado estudios sociodemográficos específicos que también utilizan como referencia la Encuesta Modelo de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que incluyen de manera más explícita a las personas de la diversidad psicosocial. Sin embargo, en Chile se utilizan términos como personas con “dificultad psiquiátrica” o “dificultad mental o intelectual”, y en Costa Rica se exploran “dificultades del ánimo” y los “trastornos mentales.”

También en Argentina²¹, Colombia²², Perú²³, Paraguay²⁴ y Uruguay²⁵. Se han generado estudios específicos sobre la población con discapacidad (aparte de recoger información en sus censos). No obstante, toman nuevamente como referencia el instrumento del WG, por lo que también capturan de manera limitada la discapacidad psicosocial. En Ecuador, México y Nicaragua no hay estudios sociodemográficos específicos sobre las personas con discapacidad, pero se ha recogido información sobre la población con discapacidad psicosocial en estadísticas nacionales, informes generales sobre discriminación o informes de la sociedad civil. Actualmente, en Perú se está llevando a cabo la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental, sin la participación de personas usuarias y las organizaciones que las representan. Los resultados deberían estar listos para junio de 2023.

Los datos estadísticos son muy importantes para crear políticas que permitan poner en práctica los principios de la CDPD. Son necesarios para identificar y eliminar las barreras que podemos enfrentar al intentar ejercer nuestros derechos. Para generar esos datos es necesario contar con instrumentos que recojan de manera más precisa la información sobre nuestra situación. Se requiere no solo de más investigación y estudios, sino de la participación activa de las personas de la diversidad psicosocial en la actualización de estos instrumentos.

17 Washington Group on Disability Statistics.

18 <https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/WG-Short-Set-Spanish-translation-v2020-June-23.pdf>

19 II Estudio Nacional sobre Discapacidad, 2015 (elaborado por el Ministerio de Desarrollo Social y la SENADIS).

20 Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS). INEC, 2018.

21 Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados Definitivos. INDEC, 2018.

22 Caracterización y cambios de la discapacidad a partir de los censos 2005 y 2018 en Colombia: una mirada desde los determinantes sociales de la salud. DANE, 2018.

23 Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS), 2012.

24 Características sociodemográficas de los hogares particulares con personas con discapacidad. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. INE, 2012.

25 Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. INE. 2004.

26 Estadísticas de Discapacidad. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2022.

27 Estudio Nacional de Discriminación 2017. Resultados sobre personas con discapacidad. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2020.

28 Informe Nicaragua. Investigación subregional (Guatemala, Honduras y Nicaragua) con enfoque interseccional sobre las barreras que enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y el nivel de cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. RIADIS-CBM, 2022.

No se sabe cuántas personas más o menos existen o existimos acá en México. El censo da una cifra aproximada, pero de habilidades y capacidades, no conforme a discapacidad. No hay cifras claras, eso no permite la visibilización del tema de lo psicosocial, no permite que sea prioridad.

Ilse Gutiérrez

3.2. Igualdad y no discriminación

En este apartado revisamos las leyes que prohíben la discriminación hacia nuestro colectivo y a través de qué vías podemos presentar quejas o denuncias. También revisamos si se establece legalmente la implementación de *ajustes razonables* y de *medidas de acción afirmativas* que permitan eliminar barreras y facilitar nuestra participación en cualquier ámbito de la vida (por ejemplo, en la educación, en el empleo o en la participación política). Finalmente revisamos si se llevan a cabo acciones para erradicar los prejuicios sociales hacia nuestro colectivo.²⁹

En los 10 países hay tres principales tipos de leyes que prohíben la discriminación por motivos de discapacidad, y que a veces incluyen expresamente a las personas de la diversidad psicosocial: las leyes sobre la discapacidad, las leyes de salud o de salud mental, y las leyes específicas contra la discriminación.

En las leyes de discapacidad de 9 países (Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, México, Paraguay, Perú y Uruguay) se establece expresamente la prevención, eliminación y erradicación de la discriminación por motivos de discapacidad, y se incluye la diversidad psicosocial a partir de diferentes términos (generalmente “personas con deficiencias mentales” o con “discapacidad mental”). Además, en 6 países (Argentina, Chile, Colombia, México, Nicaragua y Perú), las leyes de salud o de salud mental también prohíben la discriminación hacia las personas de la diversidad psicosocial. Esto nuevamente a través de distintos términos, por ejemplo, “por padecer un problema de salud mental” o “por motivos de enfermedad mental” o por formar parte de “la población usuaria de los servicios de salud mental”. En Uruguay, la Ley de Salud Mental prohíbe la discriminación, entendida como el establecer un diagnóstico sobre la base exclusiva del estatus económico o cultural, la solicitud de familiares, la falta de conformidad con valores de la comunidad perteneciente, la orientación sexual e identidad de género, o la mera existencia de un tratamiento u hospitalización.

Aparte de las leyes de discapacidad y de salud mental, las leyes nacionales contra la discriminación en Colombia y México prohíben la discriminación hacia nuestro colectivo. En Colombia se prohíbe la discriminación “debido a una condición mental” y en México hacia quienes “han estado o se encuentran en instituciones de atención a personas con discapacidad mental o psicosocial”. En Perú, Chile y Uruguay se sanciona la discriminación por motivos de discapacidad, pero sin especificar colectivos. Así mismo, la Constitución de Ecuador establece la no discriminación hacia personas con discapacidad en general. En Argentina, Nicaragua, Costa Rica, y Paraguay, las leyes generales contra la discriminación no mencionan a las personas con discapacidad, aunque la jurisprudencia ha ido extendiendo su aplicación en algunos casos. En general, ante actos de discriminación por motivos de discapacidad se pueden presentar denuncias por la vía penal a través del ministerio público o juzgados, o bien por la vía administrativa a través de las Defensorías del Pueblo o de las instituciones responsables de la implementación de las respectivas leyes o políticas.

²⁹ En el Anexo 2 se encuentran las leyes que prohíben la discriminación y establecen la prestación de ajustes razonables, medidas afirmativas, acciones de concientización, y su supervisión.

Además de prohibir la discriminación se deben generar *ajustes razonables* y *medidas de acción afirmativas* para asegurar nuestra participación en igualdad de condiciones. Los *ajustes razonables* son modificaciones o adaptaciones que se realizan en una situación concreta para asegurar la participación de las personas con discapacidad. Pueden ser adaptaciones de tipo físico (por ejemplo, poner rampas o señalizaciones), de tipo comunicacional (por ejemplo, utilizar pictogramas), de tipo actitudinal (por ejemplo, realizar formación para disminuir prejuicios), de tipo organizacional (por ejemplo, adecuaciones curriculares o de horarios en centros educativos), entre otras.

Se establece como obligación la implementación de ajustes razonables en las leyes de discapacidad de 9 países: Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay. También se contemplan en las leyes de salud o de salud mental de México y Perú. Esto quiere decir que las personas de la diversidad psicosocial en esos países pueden solicitar adaptaciones para facilitar su participación en distintos entornos, como las escuelas, el trabajo, el sistema de justicia, el sistema sanitario, entre otros. Para que los solicitemos, los propios entornos deben garantizar que podremos expresarnos sin recibir tratos paternalistas ni discriminatorios, y sin barreras burocráticas que nos impidan acceder a ellos. De otra manera, aunque las leyes los contemplen, la prestación de ajustes no se puede hacer efectiva.

Me resulta más fácil pedir ajustes o apoyos cuando estoy con una compañera de trabajo que es trabajadora social, porque a veces con otras compañeras, por ejemplo, una compañera psicóloga, como que tiene una mirada condescendiente ¿sí? Es raro, no es que lo dice, pero lo que siento es que me mira como: "Pobrecito, voy a acompañarlo a que pida su apoyo, a que pida sus ajustes razonables". Y una vuelta me pasó también hace poco, en una audiencia pública por una ley de discapacidad que se está debatiendo acá en Argentina. Yo fui a hacer aportes y pedí un ajuste, era una reunión en Zoom. El ajuste que pedí fue: "No quiero aparecer en cámara y no quiero que aparezca mi voz", y la persona a quien yo le pedí me negó el ajuste y me hizo decir mi nombre. Yo no quería. O sea, mi nombre tenía que aparecer porque esas eran las condiciones y yo estaba dispuesto a que mi nombre aparezca, pero no quería que aparezca ni mi voz ni mi imagen, y me hizo hablar. Entonces, no es fácil pedir ajustes.

A diferencia de la accesibilidad (que presupone el diseño universal), los ajustes son adaptaciones (del entorno, de productos o servicios) a las situaciones específicas de una persona. Responden al hecho de reconocer que los entornos no siempre son accesibles (no suelen estar diseñados para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas). Suelen estar diseñados sin considerar las diversidades y por eso es necesario adecuarlos.

A veces, por la propia idea de la discapacidad como un "fallo" en la persona, solicitar ajustes se malinterpreta como que no queremos esforzarnos lo suficiente, o que pedimos un trato especial, y por lo tanto se niegan. Los ajustes razonables son un derecho de todas las personas con discapacidad y no deben ser negados.

Yo sentía que de verdad estaba pidiendo un trato especial para mí misma. Eso tanto te lo repiten que, a pesar de que tú recites la Convención, lo asumes, y pues es muy feo. Pensaba eso, que tenía no sé, como que doblar mi esfuerzo, y que eso era lo que a mí me tocaba, que ni modo ¿no? "Así naciste y así te tocó vivir", y que pedir un "ajuste razonable" era un "extra" y que eso era un trato injusto. Esa idea yo la tenía, cuando creía en la psicofarmacología y toda esta cuestión de los diagnósticos, por eso es que no pedí nada.

Las *medidas de acción afirmativas* son políticas que permiten compensar distintas formas de discriminación (por ejemplo, implementar cuotas, becas o bonos para acelerar el acceso a la educación o al empleo para las personas con discapacidad). Se establece legalmente la responsabilidad de crear este tipo de medidas o equivalentes en las leyes de discapacidad los 10 países. Su aplicación se prevé sobre todo en la educación, el empleo, el reconocimiento como igual persona ante la ley y el acceso a la justicia. De las leyes generales contra la discriminación, solo en México se señala como prioridad el establecimiento de dichas medidas. En los siguientes apartados veremos con más detalle los ajustes razonables y las medidas que hay en cada ámbito y país.

Los estereotipos y prejuicios sobre las personas de la diversidad psicosocial son de las grandes barreras actitudinales que enfrentamos, y que por lo tanto generan discriminación y vulneraciones de derechos. Entre los más comunes se encuentran el de “peligrosidad”, el de ser personas “vagas”, y el de “no poder”.

Entonces, cuando yo digo que no me puedo expresar libremente no es un reclamo progresista. Todo el tiempo me tengo que enmascarar, que no se trata de regular los impulsos violentos, porque yo jamás le hice daño a nadie, jamás, jamás, eso es el prejuicio de peligrosidad de la narcoterapia, de las doctrinas psicológicas y las doctrinas psiquiátricas, las cuáles sostienen que “todo psicótico, a diferencia del neurótico, es potencialmente peligroso para sí mismo o para terceros”.

Alan Robinson

Sobre todo pienso en el “no poder”, en el asociar la discapacidad con el “no puedes”, “no puedes”, “no puedes”. Pues es que sí puedes, pero puedes diferente, puedes de otro modo, puedes a otro ritmo, puedes otras cosas. Asociar al “no poder” se relaciona mucho con el sistema capitalista, que ya es una línea “del poder”, del cómo tienes que hacer las cosas, y que quien se sale, pues ya, no funciona, no puedes estar ahí. Creo que esa es la más fuerte.

Ilse Gutiérrez

En las leyes de discapacidad de 9 países (Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador³⁰, México³¹, Nicaragua³², Paraguay³³, Perú³⁴ y Uruguay³⁵) se menciona la obligación de los Estados de crear programas de formación o campañas de sensibilización y concientización para eliminar prejuicios hacia las personas con discapacidad. En contraste, solo en 3 de las leyes de salud o de salud mental (en Colombia, México y Uruguay) se establece la obligación de implementar campañas contra el estigma y la discriminación hacia las personas de la diversidad psicosocial. Cabe señalar que, aparte de las legislaciones sobre la discapacidad y la salud, en Ecuador, México, Nicaragua, Perú, Uruguay y Paraguay hay otras leyes o iniciativas institucionales que contemplan la sensibilización y la toma de conciencia sobre los derechos de las personas con discapacidad en general. Más adelante veremos ámbitos específicos en donde se han realizado esfuerzos de concientización en los distintos países.

Actualmente, las leyes sobre la discapacidad son las que establecen mayoritariamente la obligación de los Estados de prohibir todo tipo de discriminación, generar ajustes razonables y medidas de acción afirmativas, en comparación con las leyes de salud y de salud mental y las leyes generales contra la discriminación. Es necesario que estos mandatos y obligaciones se hagan efectivos y se creen mecanismos de fácil acceso para que las personas de la diversidad psicosocial, quienes estamos expuestas a distintas violencias, podamos ampliar las posibilidades de defensa de nuestros derechos y de reconocimiento en el ámbito social

30 El Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CNADIS) ofrece cursos virtuales abiertos sobre inclusión de personas con discapacidad.

31 La plataforma “Conéctate” del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) ofrece programas educativos en línea para sensibilizar sobre discriminación por distintas causas (incluyendo la discapacidad).

32 La procuraduría para la defensa de los derechos humanos de Nicaragua ha realizado seminarios de capacitación sobre los derechos de las personas con discapacidad.

33 La Defensoría del pueblo de Perú ha realizado capacitaciones sobre los derechos de las personas con discapacidad a funcionarios o servidores públicos.

34 El Programa Nacional de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social ha impulsado el curso virtual accesible *Discapacidad y Derechos Humanos*, el cual se enmarca en el Plan Nacional de Acceso a la Justicia y Protección Jurídica de las Personas en Situación de Discapacidad.

35 En Paraguay hay una ley específica para promover la concientización en este ámbito: “Ley 6.667. Que promueve la implementación permanente de campañas masivas de difusión y sensibilización sobre los derechos de las personas con discapacidad y todo aquello relacionado con la inclusión de las mismas. 2020”.

3.3. Capacidad jurídica

La “Capacidad Jurídica” es el término con el que los Estados reconocen que una persona puede tomar decisiones con efectos legales (por ejemplo, firmar un contrato, contraer matrimonio, aceptar o rechazar tratamientos médicos, votar, gestionar los propios recursos económicos, presentar denuncias, entre muchas otras). Tomar este tipo de decisiones es algo que deberíamos poder hacer todas las personas. Sin embargo, actualmente la mayoría de los Estados de la región ponen restricciones para las personas de la diversidad psicosocial y también para las personas usuarias de drogas. Es decir, limitan o niegan la capacidad jurídica a muchas personas de nuestro colectivo y pueden otorgar el poder de tomar decisiones a otras personas en nuestro lugar.

Si son otras personas las que tienen el poder de decidir por nosotros, no sólo no podremos ejercer plenamente nuestros derechos, sino que es muy probable que nos encontremos expuestos a múltiples formas de discriminación, abuso o violencia de parte de terceros. Por eso la CDPD establece que los Estados y la sociedad en general deben reconocer y respetar nuestra capacidad jurídica, independientemente de la situación de discapacidad, de “deficiencia”, de diagnóstico psiquiátrico o de necesidad de apoyo que tengamos o se nos atribuya. La capacidad jurídica no es lo mismo que la “capacidad mental” y no deben confundirse. Ningún “déficit” de la “capacidad mental”, ya sea supuesto o real, debe utilizarse como justificación para negar la toma de decisiones³⁶. Así mismo, la acción de “discernir” o de reflexionar en torno a opciones y elecciones (algo que realizamos todas las personas al momento de tomar una decisión, con la posibilidad de equivocarnos), debería ser comprendida como un proceso, y no como una pre-condición evaluable por otras personas para determinar si serán o no respetados nuestros derechos³⁷.

¿Se respeta la capacidad jurídica de las personas de la diversidad psicosocial?

Los 10 países de este informe expresan el reconocimiento de la capacidad jurídica de todas las personas. No obstante, en 6 de estos países también se establecen excepciones que afectan directa o indirectamente a personas de la diversidad psicosocial (Argentina, Chile³⁸, Ecuador³⁹, Nicaragua⁴⁰, Paraguay y Uruguay). En Chile, Ecuador y Uruguay la capacidad jurídica no está completamente reconocida para las personas “dementes”. En Nicaragua⁴¹, la capacidad jurídica no se reconoce “por razón de enfermedad o padecimiento que impida discernir sobre el alcance de las acciones”; en Paraguay⁴² para “enfermos mentales” y en Argentina⁴³ para personas con “alteración mental permanente o prolongada”. En algunos códigos civiles, como en Chile y Uruguay, se agrega “aunque tengan intervalos lúcidos”.

La capacidad jurídica a veces se restringe de manera parcial (para algunos ámbitos de la vida -p. ej. para la gestión del dinero-) y otras de manera total (para cualquier ámbito). Generalmente la figura legal para establecer estas restricciones en nuestra región se conoce como “interdicción” y se determina a través de un juicio. Para determinarla suelen tener mucho peso las valoraciones de especialistas de la salud mental y los testimonios de personas cercanas (ante las que frecuentemente nos encontramos en desventaja como personas de la diversidad psicosocial). También tienen mucho peso las valoraciones de peritos psiquiátricos que irrestrictamente mantienen el paradigma biomédico por sobre los condicionantes sociales al momento de evaluarnos, y eso resulta en menoscabo, estigma e invalidación como sujetos de derechos. Los juicios de interdicción suelen solicitarse por familiares o por el ministerio público, y son quienes suelen quedar como “tutores”, “curadores” o “representantes”. Es decir, son quienes tienen la potestad de tomar decisiones con efectos legales en nuestro lugar.

36 Observación general N° 1 (2014). Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley” cómo debe interpretarse el ejercicio de la capacidad jurídica y los sistemas de apoyo. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2019/01/Observación-1-Art%C3%ADculo-12-Capacidad-jur%C3%ADdica.pdf>

37 Minkowitz, Tina (2020). *Reimagining crisis support. Matrix, roadmap and policy*. Lilith's Warrior Press.

38 Decreto con Fuerza de Ley 1. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Código Civil; de la Ley N° 4.808 sobre Registro Civil (...), 2000 (Chile).

39 Código Civil Codificación N° 2005-0010 (Ecuador).

40 Código Civil N° 16.603, 1994 (Uruguay).

41 Código Civil de la República de Nicaragua. Cuarta Edición Oficial, 2019.

42 Ley N° 1183/85. Código Civil del Paraguay.

43 Ley N° 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación argentino, 2014.

Por lo mismo, en los 6 países antes mencionados (Argentina, Chile, Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Uruguay) la capacidad jurídica y el ejercicio pleno de derechos no está completamente garantizado para nuestro colectivo. Algunos de los derechos civiles y políticos que se vulneran con mayor frecuencia al tener la capacidad jurídica restringida, son: el derecho a votar, a casarse, a participar como “testigo” en un acto jurídico, administrar los propios bienes, acceder al sistema de justicia, otorgar consentimiento informado en procedimientos médicos, entre otros. Sumado a esto, no contamos con información suficiente sobre cuántas personas se encuentran actualmente en esta situación o en proceso judicial para la modificación de su capacidad jurídica. Solo en Paraguay se cuenta con un registro de los juicios realizados⁴⁴. Para revertir esta situación necesitamos saber cuántas personas de la diversidad psicosocial siguen sin poder ejercer plenamente sus derechos en cualquier ámbito y a qué vulneraciones se encuentran expuestas.

En los otros 4 países (Colombia⁴⁵, Costa Rica⁴⁶, Perú⁴⁷ y, más recientemente, en México⁴⁸), ha sido eliminada la figura de interdicción; es decir, se anula la posibilidad de declarar legalmente “incapaz”, “interdicta” o “inhabilitada” a una persona por motivos de discapacidad, incluyendo las personas con discapacidad psicosocial. Se promueve también la prestación de apoyos en la toma de decisiones. Significa que las leyes civiles de estos 4 países reconocen plenamente a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y por lo tanto pueden tomar decisiones legalmente vinculantes. No obstante, nos preocupa que en Colombia, Costa Rica y Perú la implementación de estas reformas avance lentamente por falta de voluntad y compromiso político y de recursos. En México, está prevista su implementación efectiva de manera progresiva, hasta el 2027. La implementación de estas reformas debe ser una prioridad tanto para los Estados como para la sociedad civil.

Apoyos para la toma de decisiones y salvaguardias

Aparte de reconocer la capacidad jurídica, la CDPD explica que todas las personas debemos poder contar con *sistemas de apoyos* para el ejercicio de derechos. Los apoyos no son figuras legales, servicios o personas que toman decisiones en nuestro lugar bajo el supuesto de que nosotras mismas “no podemos” debido a una “deficiencia mental”. Son figuras, personas o redes que nos acompañan en el proceso de evaluar las circunstancias, tomar decisiones y ejercer derechos. Por ejemplo, facilitando que podamos manifestar nuestra voluntad y preferencias y ofreciendo información suficiente sobre recursos, riesgos y alternativas disponibles para que podamos concretar una decisión (en lugar de intentar imponer la decisión o voluntad de alguien más “por nuestro propio bien” o por un “interés superior”⁴⁹).

44 En el año 2021 (hasta el 04/10/2021) se registraron 1407 “Juicios de insania”. Fuente: Dirección Estadística Judicial. Solicitud de información. Folio: DEJN°330/2021. 07/10/2021.

45 Ley N° 1.996. Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad, 2019.

46 Ley N° 9.379. Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, 2016.

47 Decreto Legislativo N° 1.384. Reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones, 2018. (Mantiene excepciones para “mayores de 16 y menores de 18”, “pródigos”, “los que incurrn en mala gestión”, “ebrios habituales”, “toxicómanos”; art. 44 del Código Civil).

48 Artículo Transitorio Décimo Noveno del Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares, aprobado 12/04/2023

49 podamos concretar una decisión (en lugar de intentar imponer la decisión o voluntad de alguien más “por nuestro propio bien” o por un “interés superior”)

Los apoyos también pueden ser documentos a través de los que dejamos dicho lo que nos gustaría que ocurra en caso de encontrarnos en una situación de crisis o de necesidad de apoyo (por ejemplo, si queremos o no ir a un hospital, tomar o no una medicación, que nos ayuden con ciertas cosas de la vida cotidiana, con la gestión de nuestro dinero, o cualquier otra cosa). A este tipo de medidas se les conoce como “Directrices anticipadas” o “Voluntades anticipadas”. Los apoyos también pueden ser personas que nos ayuden a comprender actos jurídicos y sus consecuencias, y que nos asistan en la comunicación y en la manifestación de nuestra voluntad y preferencias. Pueden ser también personas de nuestro entorno próximo con las que lleguemos a acuerdos de asistencia para cualquier ámbito, ya sea formalmente (por ejemplo, a través de un documento oficial firmado ante notario) o informalmente (como un acuerdo verbal). Los apoyos, de acuerdo con la CDPD, siempre deben ser voluntarios.

De los 10 países, 5 establecen en sus legislaciones civiles los sistemas de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Generalmente se contemplan “apoyos formales” (es decir, los que se establecen por la vía judicial, administrativa o notarial). Aunque esto es positivo, preocupa que los sistemas de justicia y las notarías de estos países sigan sin entender el cambio de paradigma que significa pasar de contar con “representantes” a contar con “apoyos”. En muchos casos, los jueces siguen aplicando las reglas del sistema de “interdicción” a las medidas de apoyo, restringiendo derechos u obligando a las personas a contar con “apoyos”⁵⁰.

En las leyes de salud o de salud mental de 3 países (Chile, México y Perú) también se contemplan mecanismos o sistemas de apoyo para la toma de decisiones. Por ejemplo, apoyos para comprender información sobre los tratamientos en salud mental y a partir de ahí decidir aceptarlos o rechazarlos. O también para acceder a información sobre derechos sexuales y reproductivos. O manifestar anticipadamente la voluntad sobre acciones deseadas si se prevé que en algún momento se hará uso de dichos servicios. No obstante, no se tiene información sobre la implementación de estas medidas. En la Ley de Salud Mental de Uruguay, así como en las leyes de discapacidad de Chile, Costa Rica y Nicaragua se establecen los servicios de apoyo. Sin embargo, éstos no siempre se plantean para el ejercicio de la capacidad jurídica y de derechos, sino frecuentemente como servicios para el aumento de la funcionalidad y la autonomía. Si bien los sistemas de apoyos promueven la autonomía de las personas con discapacidad, ésta debe ser entendida en términos de ejercicio de derechos, más que en términos de “funcionalidad” o de “rehabilitación”.

La CDPD también señala la importancia de establecer *salvaguardias* para evitar abusos en la prestación de apoyos. Solo en cuatro países las leyes establecen formalmente las salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica (Colombia, Costa Rica, México y Perú). Por lo tanto, en estos cuatro países las personas de la diversidad psicosocial pueden registrar o establecer medidas para evitar situaciones de abuso de parte de figuras o personas de apoyo, o también para establecer revisiones periódicas de éstas y de sus funciones.

49 El principio de “interés superior” afecta también a las personas menores de edad con discapacidad. En Colombia, la Sentencia T-528/15 establece principios de protección constitucional e internacional en este sentido. Así mismo el Lineamiento Técnico para las Modalidades de: Apoyo y Fortalecimiento a la Familia para el Restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad amenazados, inobservado y vulnerados. Aprobado por Resolución N° 6024 (2010).

50 Bregaglio Lazarte, Renata Anahí y Constantino Caycho, Renato Antonio (2022). La capacidad jurídica en la jurisprudencia peruana. Análisis cualitativo de las decisiones judiciales de restitución de capacidad jurídica y designaciones de apoyo en aplicación del Decreto Legislativo 1384. *Revista de Derecho Privado*, 44: 15-47.

3.4. Libertad y seguridad personal y protección contra la tortura

En este apartado abordamos las restricciones legales que se establecen al consentimiento informado de las personas de la diversidad psicosocial para las internaciones y otras intervenciones psiquiátricas que pueden equivaler a tortura o constituir tratos crueles, inhumanos o degradantes. También revisamos si existen datos sobre la realización de estas intervenciones en los distintos países⁵¹.

Aunque la CDPD dice que los Estados no deben privar de la libertad a nadie por motivos de discapacidad, en 9 de los países (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay) las leyes establecen excepciones para las personas de la diversidad psicosocial y las personas usuarias de drogas. En general, estas excepciones están basadas en los criterios de “peligrosidad”, “urgencia” y “emergencia”. En Argentina⁵², Chile y Uruguay las leyes de salud mental hacen la excepción cuando, según el criterio del equipo médico, hay un “riesgo cierto e inminente” para la vida o integridad de la persona o de terceros, o bien cuando hay “riesgo vital o secuela funcional grave”. En Costa Rica y Ecuador las leyes de salud mental establecen que se puede prescindir del consentimiento en “casos de urgencia, emergencia o riesgo”. En Nicaragua, la Ley de Protección de Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales no hace referencia al consentimiento cuando menciona el internamiento, y el Código de Familia establece el criterio de “urgencia” para el “internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”. En Perú, la Ley de Salud Mental permite internamientos sin consentimiento ante “emergencia psiquiátrica”. En Paraguay, la internación es posible siempre que se certifique la “enfermedad mental” por dos médicos, uno de ellos psiquiatra. En Colombia se garantiza el “derecho” a que las intervenciones sean “lo menos restrictivas de las libertades individuales”.

En México, la reciente reforma a la Ley General de Salud establece que el internamiento de la población usuaria de los servicios de salud mental y las personas con consumo de sustancias psicoactivas sólo puede ser voluntario (art. 75). También establece que no debe entenderse que una persona no puede dar su consentimiento cuando se estima que está en un error o que no tiene conciencia de lo que hace (art. 51 Bis 2). Esta reforma es un precedente en nuestra región porque significa que no pueden establecerse excepciones al consentimiento en internamientos y tratamientos psiquiátricos. Además, elimina la valoración de parte de terceros sobre la “conciencia” o las decisiones “correctas” de alguien más como algo que puede condicionar su consentimiento. Su implementación efectiva en México debe ser una prioridad⁵³, y hacia este objetivo deben avanzar las reformas legislativas en otros países en materia de salud.

Las excepciones al consentimiento informado se contradicen no solo con los principios de la CDPD, sino con algunas leyes de discapacidad. Por ejemplo, en Chile, aunque la legislación de salud mental establece condiciones al consentimiento, la Ley de Igualdad y Oportunidades para las Personas Discapacidad (art. 11) explicita que las personas con “discapacidad mental” no pueden ser sometidas a tratamientos involuntarios. En Nicaragua, la legislación de discapacidad también menciona que los tratamientos deben realizarse bajo consentimiento libre e informado, y no establece excepciones.

En general, ninguna ley debería poner excepciones al consentimiento de las personas de la diversidad psicosocial ni de las personas usuarias de drogas, porque eso es en sí mismo un acto de discriminación. Actuar ante situaciones de riesgo y de posible emergencia, de acuerdo con el modelo social de la discapacidad y la CDPD, no debe hacerse suspendiendo el ejercicio de derechos, ni a través de la privación de la libertad o del posible daño de la integridad física y psicológica, sino desde la puesta en práctica de los sistemas de apoyos (antes, durante y después de la situación considerada como emergencia)⁵⁴.

51 Los datos y las fuentes consultadas se encuentran en el Anexo 3.

52 En Argentina existe la obligación del Estado de proporcionar un abogado desde el momento de la internación involuntaria, que puede oponerse a la internación y solicitar la externación (Ley N° 26.657, art. 22).

53 A partir de la entrada en vigor de esta reforma del 16/05/2022, la “Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica” (que permite el internamiento involuntario y el internamiento obligatorio así como otras excepciones al consentimiento) deja de ser vigente. Preocupa que el personal sanitario y operadores de justicia puedan seguir considerándola como válida. El Estado mexicano debe acelerar la armonización de las normas oficiales para facilitar la implementación efectiva de la reforma.

54 Algunos materiales que pueden ser orientativos sobre este tema:

- Guía práctica: promoción de redes de apoyo para la toma de decisiones y ejercicio de la capacidad jurídica de personas con discapacidad. SODIS, 2021.

- Defund the police invest in community care: a guide to alternative mental health responses (2021). ICInterrupting criminalization.

- Minkowitz, Tina (2020). *Reimagining crisis support. Matrix, roadmap and policy*. Lilith's Warrior Press.

- Guía de autoayuda para hablar con voces. Ideas para personas que escuchan voces y quieren intentar fomentar el diálogo con ellas. Rufus May y Elisabeth Svanholmer, 2019.

- Prácticas Transformadoras de Apoyo Mutuo (2018): <https://tmapscommunity.net/>

- Locura & Opresión. Rutas para la transformación personal y liberación colectiva. Guía de Mapas Locos por The Icaurs Proyect (2015).

- Discontinuación del uso de drogas psiquiátricas: una guía basada en la reducción del daño (2009). The Icarus Proyect y Freedom Center.

- Chamberlin, Judi (2023[1978]). *Por nuestra cuenta: alternativas autogestionadas frente al sistema de salud mental*. Editorial Katakarak.

País	Leyes que establecen excepciones al consentimiento en el internamiento y otras intervenciones psiquiátricas	
Argentina	Ley N° 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación argentino, 2014	Artículo 41
	Ley N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental, 2010	Artículos 20 y 21
Chile	Ley N° 21.331. Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, 2021	Artículos 4, 9.5 y 13
	Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, 2012	Artículo 15
Colombia	Ley N° 1.616. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, 2013	Artículo 6.4
Costa Rica	Ley N° 5395. Ley General de Salud, 1973	Artículos 22 y 27
Ecuador	Ley N° 67. Ley Orgánica de Salud, 2006	Artículo 7. h) l)
Nicaragua	Ley N° 870. Código de Familia. 2014	Artículo 464
	Ley 650/2008. Ley De Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales, 2008	Artículo 9
Paraguay	Ley N° 836. Código Sanitario, 2014	Artículo 45
Perú	Ley N° 30.947. Ley de Salud Mental. 2019	Artículo 5 (numeral 3 y 5); Artículo 29
	Decreto Supremo 007-2020-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, 2020	Artículos 26, 27 y 29
Uruguay	Ley N° 19.529. Ley de salud mental, 2017	Artículos 28 y 30

Tabla 5. Excepciones al consentimiento informado en internamientos e intervenciones psiquiátricas. Elaboración propia.

En 6 países (Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Perú) existen datos entre 2013 y 2019 sobre las condiciones del internamiento psiquiátrico (por ejemplo, cuántas personas otorgaron o no su consentimiento y cuánto tiempo en promedio dura la internación). Sin embargo, la información es parcial y poco confiable debido a los criterios utilizados para determinar cuándo estamos frente a un internamiento involuntario. De las solicitudes de información que enviamos, solo obtuvimos respuestas de Chile, México y Paraguay con datos más recientes sobre la cantidad de internamientos realizados en distintos hospitales psiquiátricos (del año 2019, 2020 y parte del 2021).

En su gran mayoría los internamientos registrados son involuntarios, es decir, sin el consentimiento de la persona internada. Por lo general, si hay consentimiento, lo otorga la familia. Si no lo otorga la familia, lo hacen los médicos o una orden judicial. Nos preocupa, además, que el “consentimiento” para intervenciones farmacológicas se dé bajo amenaza de “contención física” una vez dentro de los hospitales psiquiátricos. Este no representa un consentimiento libre e informado, sino un consentimiento bajo coerción, con lo cual no es válido como una decisión voluntaria.

He sido internada en contra de mi voluntad y también he sido medicada en contra de mi voluntad, y también he sido atada en contra de mi voluntad. Me internaron y me ataron, y fue la peor violencia o violación que he sufrido en toda mi vida, me agarraron no sé cuántas personas y me jalaban del talón y fue horrible. Y después, al día siguiente, yo me resistí a tomar los medicamentos, y me obligaron a tomar medicamentos; pero tuve que “negociar”, digamos, no “negociar entre comillas”, me dijeron: “te vas a quedar más tiempo atada, aquí tienes que recibir medicación porque estás mal”. Y este es un hospital público.

Ale Álvarez

Los establecimientos psiquiátricos no son ajenos a los prejuicios, discriminaciones y desigualdades que hay en la sociedad en general. Éstas se manifiestan en la forma de violencias que afectan de manera particular a algunas personas de la diversidad psicosocial. Por ejemplo, a quienes no se ajustan a las normas de género tradicionales o esperadas. Lograr dicho “ajuste” es lo que muchas veces se considera como una “cura” o “recuperación”⁵⁵. Esto no solo representa una vulneración de derechos, sino que pone en duda la propia idea de “salud mental” de la institución psiquiátrica y sus sesgos⁵⁶.

El último lugar en el que me encerraron era como un infierno, se llamaba la “Inmaculada” y lo llevaba la Fundación Española de las Hermanas Hospitalarias. Era muy duro porque no me dejaban ni estar en un lugar ni en otro porque era lesbiana, entonces tenía que estar en un pabellón de mayor vigilancia. Pero si llegaba al pabellón de mujeres, que era una vigilancia menor y era el que seguía en orden de la “recuperación”, me tocaría maquillarme todos los días apenas me levantara. Nunca llegué allí, pero la vigilancia sobre mi lugar de feminidad era hacerme juicios de valor sobre cómo me movía ¿sí? O sea, como que hacíamos “ejercicios femeninos” y se me decía que tenía que ser “más femenina” o cosas así. Era muy horrible. Entonces siento que lo que viví era más represivo por ser lesbiana y machorra. O sea, sí se siente la diferencia de ser una persona visiblemente disidente de la sexualidad y el género en entornos de encierro psiquiátrico.

Activista trans y locx, sobreviviente de la psiquiatría

55 Al respecto puede consultarse por ejemplo el siguiente texto: La publicidad de los psicofármacos: vende pastillas, produce género. *Lokapedia: cultura loca y feminismo*: <https://www.lalokapedia.com/post/la-publicidad-de-los-psicof%C3%A1rmacos-vende-pastillas-produce-g%C3%A9nero>

56 La patologización y medicalización de las personas trans también ha sido reportada como una forma de psiquiatrización forzada. Como ejemplo está el siguiente informe: Tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en Colombia (2009-2014) Informe alternativo presentado al Comité contra la Tortura de la ONU. Coalición Colombiana contra la Tortura, 2015.

Tampoco hay datos en todos los países sobre otros tratos inhumanos y degradantes que pueden equivaler a tortura (como el electroshock o “Terapia Electroconvulsiva” [TEC], psicocirugías, sujeciones o contenciones, aislamiento, o esterilizaciones forzadas). Todas estas prácticas pueden reunir varios de los criterios que se utilizan internacionalmente para definir una práctica como “tortura”. Por ejemplo, generalmente implican intentos altamente discriminatorios o coercitivos para controlar o “corregir” la personalidad, el comportamiento o las elecciones de la víctima, y casi siempre infringen dolor o sufrimiento severo⁵⁷. Responden más a una lógica de castigo que de sanación. Actualmente la legislación de salud mental de Perú⁵⁸ prohíbe explícitamente medidas como el aislamiento y la aplicación de TEC, así como las intervenciones psicofarmacológicas sin consentimiento. También la Ley General de Salud en México⁵⁹ establece el derecho a no ser sometido a medidas de aislamiento, contención coercitiva o cualquier práctica que constituya tratos crueles, inhumanos o degradantes; así como el derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona. En Argentina, el Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental ha señalado que la TEC no puede ser considerada un método o tratamiento aceptable y ha recomendado su prohibición;⁶⁰ sin embargo, esta práctica se mantiene.

Sobre sujeciones o contenciones físicas y medidas de aislamiento, hay datos públicos de solo 2 de los 10 países (Chile y México, entre 2017 y 2018)⁶¹. Estos datos muestran que una gran parte de las personas internadas reciben contención física y son encerradas en salas de aislamiento, o vieron a alguien a quien le pasó esto. De las solicitudes de información que enviamos, respondieron las administraciones de Chile, México y Paraguay, sin aportar datos recientes sobre la cantidad de intervenciones realizadas, pero mencionando que cuentan con protocolos o guías para realizar contenciones físicas. En Argentina existe un documento de “Recomendaciones para la Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad, para la Atención de Urgencias” (2019) que establece directrices para realizar sujeciones físicas.

La existencia de protocolos no asegura que no se estén vulnerando nuestros derechos y no deben usarse como justificación para la realización prácticas coercitivas. La tortura y los tratos inhumanos o degradantes no deben ser protocolizados, sino erradicados y reparados. Por eso, la existencia de protocolos o normas tampoco puede invalidar la posibilidad de que presentemos reclamaciones por vulneraciones de derechos en psiquiatría.

57 Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment of punishment. Human Rights Council, February 14th, 2020.

58 Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. Artículos 16 (numeral 17.6) y Artículo 20 (numeral 20.2).

59 Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, 2022.

60 Resolución S.E.N° 17/2014. Órgano de Revisión- Ley 26.657.

61 Sobre la situación en Argentina, con respecto al derecho a la *Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, entre otros derechos protegidos por la CDPD, puede consultarse el siguiente informe:

Informe alternativo a los Informes periódicos segundo y tercero de Argentina. RedEsfera Latinoamericana por las Culturas Locas, la Diversidad Psicosocial, la Justicia, el Buen Vivir y el Derecho al Delirio, 2023.

Yo no puedo volver a ese hospital porque “le he tratado mal a la psiquiatra”, le he dicho que con qué derecho me atan de esta manera, le he dicho que necesito los resultados de las pruebas que me han hecho, que por qué le han hecho firmar a mi hermana un documento. Y ella no me ha sabido decir nada, solamente me ha dicho: “Son normas internacionales”. Y yo: “¿Cómo que son normas internacionales? ¿Cómo pueden tratar así a las personas?”. Yo ahí no tenía ningún conocimiento sobre “violencia psiquiátrica” ni nada, pero sí ya era feminista y ya trabajaba en DDHH, y le volvía a decir esta psiquiatra: “¿Cómo pueden atar a las personas así?”. Y no, no me decía nada, solo me decía: “Son normas internacionales”.

La aplicación de TEC se ha registrado en establecimientos de salud mental en 2017 en Paraguay; en 2018 en Perú y México; y en 2020 en Chile y Uruguay. El número de sesiones registradas va de las 2,000 a las 10,000 anuales. Nuevamente, en muchos casos el consentimiento fue otorgado sólo por familiares o médicos. En Chile, México y Perú distintos informes detectaron protocolos que no garantizan la ausencia de daños físicos por la intervención. Preocupa que a través de las solicitudes de información que enviamos, solo obtuvimos respuesta de Paraguay (explicando que la TEC se realiza según indicación médica y protocolos científicos, sin aportar datos concretos). Además, en México, Chile y Argentina hay registro reciente sobre el uso de “tratamientos” irreversibles como psicocirugías o neurocirugías (p.ej. lobotomía). En Argentina y Perú hay datos sobre la falta de consentimiento informado antes de iniciar tratamientos médicos en general. También en Perú, así como en Chile, se han registrado experiencias de maltrato físico y/o verbal durante la internación. En Costa Rica⁶² se ha estudiado críticamente la evolución de los protocolos utilizados para realizar esta intervención, señalando la ausencia de datos concretos.

En Chile, Costa Rica, Ecuador y México también se establecen excepciones al ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. En Chile⁶³, la Ley de Salud Mental⁶⁴ dice que no se pueden realizar esterilizaciones sin consentimiento, pero otras normativas^{65 66}, permiten la esterilización quirúrgica en “personas con discapacidad mental que no pueden manifestar su voluntad y preferencias”. En Costa Rica⁶⁷, la esterilización se puede hacer “cuando sea necesaria e imprescindible para la preservación de la vida o integridad física”. En Ecuador⁶⁸ se respeta la decisión de la persona sobre el uso de métodos anticonceptivos y esterilización quirúrgica, “cuando su condición lo permita”. En México, la Ley General de Salud sanciona a quienes practiquen la esterilización sin la voluntad del o la paciente o ejerzan presión para que ésta la admita. Sin embargo, hay por lo menos un procedimiento oficial⁶⁹ que permite la administración de anticonceptivos por consentimiento de familiares cuando una persona se encuentra incapacitada judicialmente. También en México hay informes que registran grandes cantidades de esterilizaciones forzadas en algunos hospitales psiquiátricos entre 2015 y 2020. Preocupa además que se ha registrado su uso como forma de encubrimiento de violencias sexuales.

62 Sancho Quirós, Valeria (2017). Uso de la Terapia Electroconvulsiva en el Hospital Nacional psiquiátrico: una reflexión crítica en torno a la protocolización del procedimiento y las experiencias/puntos de vista de profesionales en psiquiatría. Trabajo de Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica.

63 Los siguientes estudios abordan la práctica de esterilización forzada en Chile, así como otras violencias en contextos de salud hacia mujeres con discapacidad:

- Yupanqui-Concha, Andrea; Hichins Arismendi, Melissa y Mandiola Godoy, Daniela (2022). “Yo fui violentada dentro, estando en un lugar que me tenían que cuidar”: Experiencias de opresión y violencias en contextos de salud hacia mujeres con discapacidad y abordajes desde la terapia ocupacional feminista. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* (30): <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO238231043>

- Yupanqui-Concha, Andrea; Aranda-Farías, Cristian y Ferrez-Pérez, A. Victoria (2021). Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad: elementos que favorecen la continuidad de la práctica de esterilización forzada en Chile. *Revista de Estudios Sociales* (77): <https://doi.org/10.7440/res77.2021.04>

64 Ley N° 21.331. Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, 2021.

65 Circular N° A 15/05 de 2018. Santiago, Chile. Sobre esterilización quirúrgica con fines contraceptivos en personas con discapacidad mental que no pueden manifestar su voluntad. Ministerio de Salud. Solicitud de información. Folio AO001T00151540. 05/01/2022.

66 Ley N° 9379. Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad, 2016.

67 Manual de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Personas con Discapacidad, Ministerio de Salud Pública. 2017.

68 Norma general técnica N° 71 sobre normas de esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental, aprobada 01/12/2004”. Ministerio de Salud. Solicitud de información. Folio AO001T00151540. 05/01/2022.

69 Procedimiento de Planificación Familiar en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social 2230-003-001. Dirección de prestaciones médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social. Solicitud de información. Folio 0064101337821. 02/06/2021).

En contraste, las leyes de Argentina⁷⁰, Nicaragua⁷¹, y Perú⁷² establecen el derecho a decidir libremente sobre el ejercicio de la sexualidad y la fertilidad de las personas con discapacidad, sin impedimento en el consentimiento, contando con información suficiente y/o con sistemas de apoyos, salvaguardias y ajustes razonables. En Paraguay, la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva⁷³ establece que la esterilización forzada es inconstitucional y representaría un acto de violencia de tipo sexual. Y en Uruguay, la Ley de Salud Mental⁷⁴ contempla una línea de acción de mecanismos de apoyo para el ejercicio de roles de maternidad/paternidad en “personas con trastorno mental severo”.

Además, muchas personas de la diversidad psicosocial se encuentran privadas de la libertad en centros penitenciarios o cárceles, pero tampoco hay datos disponibles en toda la región. En Chile en 2019 se registraron 30 personas⁷⁵; en 2021 en Paraguay⁷⁶ 388 personas; y en Colombia⁷⁷ 3,603 personas con discapacidad en general en 2020. Nos preocupa que no tenemos suficiente información sobre las formas de violencia institucional que viven las personas de la diversidad psicosocial en cárceles y que por lo tanto no podamos responder fácilmente ante éstas.

Aparte de que es preocupante la vigencia de internamientos involuntarios y de tratamientos que pueden equivaler a tortura en los establecimientos de salud mental, es muy preocupante la falta de datos en general y de datos recientes sobre la mayoría de estas intervenciones. Esta escasez de registro es un indicador de que en los Estados y en la sociedad en general están tan normalizadas las prácticas coercitivas y las discriminaciones o excepciones al consentimiento en salud mental, que no es una prioridad recopilar datos. Estas intervenciones no solo vulneran los derechos abordados en este apartado y protegidos por la CDPD (*libertad y seguridad personal* [art. 14] y *protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* [art. 15]), sino también vulneran los derechos al *igual reconocimiento como persona ante la ley* [art. 12]; a la *protección de la integridad personal*; a la *salud* [art. 25]; a la *vida* (art. 10).

Para poder reparar y restituir derechos necesitamos saber cuántas y cuáles son las situaciones de discriminación en el consentimiento, y las consecuentes vulneraciones de derechos que existen actualmente hacia nuestro colectivo, particularmente en los espacios de encierro y hacia las personas que han sido judicializadas.

3.5. Salud

En este apartado revisamos si existe discriminación en el acceso a la salud por motivos de discapacidad psicosocial. También abordamos en qué países se incluyen las directivas anticipadas como una manera de facilitar nuestro consentimiento en los servicios de salud mental, y si existen datos sobre la esperanza de vida de nuestro colectivo. Finalmente revisamos si las leyes y políticas de salud mental promueven un enfoque comunitario y cómo funciona. Como lo mencionamos en el apartado anterior, todos los derechos están muy ligados entre sí. Para las personas de la diversidad psicosocial, el derecho a la salud se relaciona por ejemplo con el derecho a la libertad y seguridad; a la información; la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; al igual reconocimiento como persona ante la ley; a la vida independiente en la comunidad; a la vida, entre otros.

70 Ley 26.130. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica, 2006 (modificación 27.655 del 2021).

71 Ley 763. Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2011.

72 Ley 29973. Ley General de la Persona con Discapacidad y Reglamento, 2017.

73 Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Solicitud de información. Folio 47286. 17/11/2021.

74 Ley 18.651. Protección Integral de Personas con Discapacidad, 2010.

75 Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos en la privación de la libertad. Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2019.

76 Dirección General de Establecimientos Penitenciarios. Dirección de Salud Penitenciaria. Solicitud de información. Folios 131/2021 y 132/2021. 24/09/2021.

77 Datos de Registro de Localización de Personas con Discapacidad (RLCPD). MinSalud. Coordinación del Grupo Gestión en Discapacidad. Solicitud de Información. Folio 202116032009951. 16/12/2021.

En 7 de los países (Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Perú y Uruguay) las leyes generales de discapacidad protegen expresamente el derecho a la salud. Establecen el acceso universal a los servicios y la no discriminación por motivos de discapacidad. En otros 2 países (Argentina⁷⁸ y Chile⁷⁹) las leyes de discapacidad no mencionan el acceso universal a la salud; sin embargo, tienen leyes específicas sobre las personas con discapacidad (o que contemplan como prioritario al colectivo) para asegurar su acceso a servicios médicos, asistenciales y de rehabilitación. En Paraguay existe un Plan de Acción Nacional y una Guía para implementar acciones sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde se incorpora el derecho a la salud⁸⁰.

Las leyes de discapacidad en Ecuador, México, Nicaragua y Perú establecen además que los seguros de salud y de vida, aunque sean privados, tampoco pueden discriminar a las personas con discapacidad en sus prestaciones (aunque no son específicas en cuanto a las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial). En Chile, la Ley de Salud Mental establece que las “personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual” tienen derecho a no sufrir discriminación por su condición en cuanto a coberturas de salud.

Las personas de la diversidad psicosocial tenemos necesidades de salud más allá de la salud mental. Por los prejuicios hacia nuestro colectivo, muchas veces enfrentamos discriminación al buscar atención en los servicios generales de salud. A veces, los malestares físicos se atribuyen al diagnóstico psiquiátrico y por eso no se atienden como deberían. Este sesgo, al que le podríamos decir “cuerdista”, es una forma de vulneración del derecho a la salud.⁸¹

En el médico si digo que tengo un diagnóstico todo lo relacionan con eso. Como cuando llegué con una gastroenteritis bien fea, yo sabía que era una infección, y el médico me dijo: “No, es ansiedad”. Y yo: “No cómo crees, esto es una infección por lo que comí”. Y me dice: “Te voy a dar Valium”, o Clonazepam, no me acuerdo. “Tomate esto y ya, y cálmate y si ya no puedes con ese trabajo renuncia, búscate otro que puedas porque si no vas a estar estresándote”. Y dije: “No, que esto es una infección”. Me empecé a poner ansiosa, claro que me empezó a dar ansiedad porque no se me trataba la infección. Y así pasé casi una semana, hasta que mi mamá fue con el médico y le dijo: “Doctor, sí es una infección, tiene fiebre, y le duele el estómago y no mejora”. Y ya, a ella le dio el medicamento directamente y ya con el antibiótico mejoré, pero me quedó resentido el estómago horrible por unos meses, no podía comer nada sólido.

Ilse Gutiérrez


78 Ley 24.901. Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral en Favor de las Personas con Discapacidad, 1997.

79 Ley 21168. Modifica la ley 20.584, a fin de crear el derecho a la atención preferente, 2019.

80 Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2015-2030; y Guía para la inclusión de la perspectiva de la discapacidad en planes y proyectos de la cooperación al desarrollo en Paraguay, 2020.

81 Sobre *injusticia epistémica* en psiquiatría, como una forma de devaluación o tergiversación de información testimonial asumiendo de antemano que debe pasar por el filtro de las categorías diagnósticas, puede verse el estudio de Gómez-Aguilar, Iván Eliab (2021). Conocimiento médico psiquiátrico: preguntas desde la epistemología social, *Inter Disciplina* 9(24): doi: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2021.24.78463>

Para facilitar el consentimiento, en 4 de los 10 países (en Chile, Colombia, México y Perú) las leyes de salud mental o de discapacidad establecen expresamente el derecho de contar con directrices de voluntades anticipadas en el acceso a los servicios de salud. Estas planificaciones tendrían que poder realizarse y validarse de manera formal (por ejemplo, ante notario); o bien, de manera informal (como un acuerdo de palabra o escrito) entre la persona interesada y las personas que ella misma designe como apoyos. O también de manera unilateral⁸². Las directrices anticipadas son una herramienta muy importante, pero para que realmente funcionen tiene que asegurarse que se respetarán nuestras decisiones, aun en momentos de crisis, urgencia o emergencia.



Cuando los primeros dos años que me desmedicalicé yo estaba bastante asustado, y me había hecho una tarjetita chiquitita que me entraba en la billetera, con directivas anticipadas. Había puesto dos columnas: “acepto” en una columna, y “rechazo” en otra columna. Y en rechazo puse: internación compulsiva, rechazo inyecciones involuntarias, rechazo... bueno, todo lo que humanamente rechazo, rechazo medicación involuntaria, rechazo ataduras mecánicas, rechazo habitación de contención, rechazo terapias coercitivas. Y “acepto”, bueno eran muy poquitas “acepto”, eran muy poquitas... Después me di cuenta, cuando fui perdiendo el miedo, y fui ganando confianza, que eso tampoco tenía mucho sentido, porque para que eso tenga sentido, las personas.... Cuando una persona llegue a esa tarjeta a mí ya me tienen atado, ya me tienen inyectado y ya me tienen internado en contra de mi voluntad. Entonces tener esa tarjetita me sirvió, pero después me di cuenta de que no tenía mucho sentido.

Alan Robinson

Preocupa que de ninguno de los países obtuvimos respuesta con datos concretos sobre la esperanza de vida o las muertes prematuras de las personas de nuestro colectivo. En Argentina, Costa Rica y México hay información sobre numerosos fallecimientos durante la hospitalización psiquiátrica (a veces atribuidas a causas naturales, otras veces a causas como el mal uso de psicofármacos, y otras a lesiones mortales durante el internamiento o durante el traslado de la persona de parte de la policía)⁸³. En Perú⁸⁴, la evaluación por carga de enfermedad del 2016 identificó que las “personas con trastornos mentales y del comportamiento” son las que pierden más años de vida saludables. La institucionalización psiquiátrica puede poner en riesgo la propia vida y nos preocupa que esta sea una situación normalizada por los Estados y la sociedad en general.

La CDPD protege el Derecho a la Vida (art. 10) de todas las personas con discapacidad. Esto también implica cuestionar la excesiva importancia que se da a la medicación para abordar los “problemas de salud mental”, que como explicó en 2020 el Relator Especial de Naciones Unidas por el Derecho a la Salud, ya no sólo no se ajusta a este derecho, sino que puede representar su vulneración⁸⁵.

82 Los siguientes documentos contienen ejemplos de directrices anticipadas:

- Ministerio de Salud de Colombia. Documento de voluntad anticipada: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/documento-de-voluntad-anticipada.aspx>

- Organización Mundial de la Salud. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006: <https://consaludmental.org/publicaciones/ManualrecursosOMSSaludMental.pdf>

- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Planificación Anticipada de Decisiones den Salud Mental. Guía de Apoyo: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/planificacion-anticipada-de-decisiones-en-salud-mental-guia-de-apoyo-para-profesionales-y-personas>

83 Los datos y fuentes consultadas para esta sección se detallan en el Anexo 3.

84 Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos, 2016. Ministerio de Salud.

85 El mismo Relator ha llamado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a revisar la lista de medicamentos esenciales y reconsiderar la inclusión de 12 medicamentos para el tratamiento de los “trastornos” psicóticos (42.1 de la lista), los “trastornos” de estado de ánimo (24.2), los “trastornos” de la ansiedad (24.3) y los “trastornos” obsesivo-compulsivos (24.4), así como re-evaluar riesgos-beneficios, entre otras cosas. (Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/44/48. 2020).

La atención a la salud mental en nuestra región ha intentado transitar hacia un modelo comunitario desde hace varios años. En los 10 países, las leyes y/o programas de salud o de salud mental expresan el compromiso de brindar atención desde dicho enfoque; sin embargo, esto se entiende de distintas maneras. Por ejemplo, en Nicaragua, el Plan Nacional de Salud Mental tiene el objetivo de dar mayor cobertura a la salud mental desde un modelo pensado en la familia y la comunidad. En Chile y Perú, las leyes de salud mental mencionan el compromiso de fomentar la rehabilitación y la integración de base comunitaria. Así mismo en Colombia se fomenta la rehabilitación psicosocial para mejorar el funcionamiento de la persona en la comunidad.

La salud mental comunitaria no debe entenderse como sinónimo de rehabilitación, ni debe traducirse en el mero ejercicio de descentralizar las prácticas manicomiales en dispositivos que, a pesar de estar integrados en las ciudades, sigan centrados en el modelo médico-rehabilitador y sigan siendo espacios cerrados a la comunidad. La salud mental comunitaria debería implicar no sólo el retorno de las personas institucionalizadas a la comunidad, sino también acciones que hagan a la comunidad partícipe de los procesos de salud en general y de vida digna. De otra forma se corre el riesgo de reducir el enfoque comunitario al establecimiento de una red de servicios psiquiátricos ambulatorios. Además, para superar el modelo hospitalocéntrico, tanto los servicios ambulatorios como el modelo de salud mental comunitaria tienen que garantizar el reconocimiento y ejercicio de nuestros derechos.

Lo que yo percibo, y espero que no sea así, es que se está confundiendo el modelo de salud mental comunitaria con la “psiquiatrización comunitaria”, por decirlo así. O sea, instalar clínicas de salud mental donde es más ambulatorio pero el proceso es el mismo, las lógicas son las mismas, la patologización, la perspectiva y el modelo sigue siendo manicomial, sigue siendo clínico, medico-rehabilitador, no tiene perspectiva social de discapacidad por donde la veas, no hay respeto a derechos humanos, y no, o sea eso no es salud mental comunitaria.

Ilse Gutiérrez

Y creo que lo comunitario aquí en Chile se ha entendido como tener hospitales de día, y ahí se reduce lo comunitario. Pero en verdad lo desconozco y si lo desconozco es porque es algo que no está impactando mucho.

Activista sobreviviente de la psiquiatría

3.6. Vida independiente en la comunidad y desinstitucionalización

En este apartado abordamos las políticas y estrategias de vida independiente en la comunidad y desinstitucionalización dirigidas a las personas de la diversidad psicosocial. Revisamos si hay programas alternativos de vivienda, de asistencia personal y redes de apoyo. Comprendemos como “desinstitucionalización” a los procesos que hacen posible que quienes se encuentran o se han encontrado en situación de encierro, o de intervenciones psiquiátricas coercitivas, dejen de estar en esa situación y tengan una vida independiente en la comunidad. Por lo tanto, son procesos que deben poner fin a las formas de aislamiento y segregación de las personas con discapacidad tanto en el ámbito público como privado; y centrarse en restaurar la autonomía, la elección y el control de las personas con discapacidad sobre cómo, dónde y con quién vivir⁸⁶.

86 Proyecto de directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, 2022.

En 4 países (Argentina, México, Perú y Uruguay) las leyes de salud mental establecen expresamente el objetivo de desinstitucionalizar mediante la transformación progresiva de los hospitales psiquiátricos en recursos comunitarios, y/o mediante el compromiso de dejar construir establecimientos psiquiátricos monovalentes. En Paraguay esto no se aborda en las leyes de salud mental, pero sí en el Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad 2015-2030. En los otros 4 países (Chile, Colombia, Costa Rica y Nicaragua) las leyes de discapacidad contemplan el derecho a la vida independiente en la comunidad, pero no son específicas con respecto a la desinstitucionalización de las personas internadas en hospitales psiquiátricos. Esto último ocurre de Chile con la Ley de Salud Mental (además de la Ley de Discapacidad). En Ecuador, las leyes no establecen dichos compromisos, sin embargo, se han reconocido como ejemplo algunas prácticas como las del centro de salud mental de San Lázaro en Quito, ya que ofrece servicios comunitarios ambulatorios libres de toda coacción (aunque también se detecta la escasez de este tipo de recursos)⁸⁷.

Nos preocupa que no todos en los países de la región se establezca legalmente el compromiso de dejar de construir hospitales monovalentes o estadias de larga estancia, así como de transitar hacia recursos que realmente aseguren la vida independiente en la comunidad. Al mismo tiempo, nos preocupan los pocos avances conseguidos en implementar estos compromisos en aquellos países donde sí existe un mandato claro.

Hasta el momento, los proyectos de transición no han acabado de superar el predominio del modelo hospitalocéntrico⁸⁸. En Argentina, por ejemplo, son insuficientes los procesos de externación y se mantiene la prevalencia del modelo hospitalocéntrico. Gran parte los presupuestos en salud siguen destinándose a la hospitalización psiquiátrica (como ocurre según los últimos registros en México⁸⁹ y Paraguay⁹⁰). A pesar de manifestarse el compromiso de transitar hacia dispositivos que protejan el derecho a la vida independiente en la comunidad, muchas de las prácticas siguen centradas en el modelo manicomial.

87 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, visita al Ecuador. 2020.

88 A 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental: propuestas para saldar una deuda histórica, CELS. 2020.

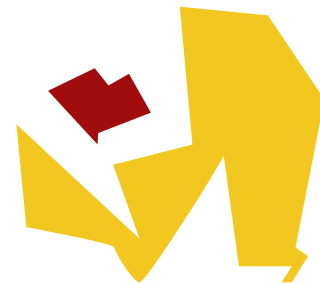
89 Crímenes de lesa humanidad: Décadas de Violencia y Abuso en las Instituciones Mexicanas para Niñas, Niños, Adolescentes y Adultos con Discapacidad. Disability Rights International, 2020.

90 Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad sobre su visita al Paraguay. 2016.

Los planes o políticas de salud mental de Argentina⁹¹, Chile⁹², Costa Rica⁹³, México⁹⁴, Perú⁹⁵ y Uruguay⁹⁶, así como el Instituto de Bienestar Social de Paraguay⁹⁷, han impulsado la construcción de residencias asistidas, casas de convivencia o de medio camino, villas de transición, cooperativas de vivienda, hogares protegidos o viviendas supervisadas, como parte de las estrategias para la desinstitucionalización. Existen acciones de monitoreo de las estrategias en Argentina, Chile y en Perú, donde se reporta que se sigue reproduciendo el modelo de hospitalización psiquiátrica. Por ejemplo, en Chile, algunos informes^{98, 99} sobre residencias para personas con discapacidad, explican que la mayoría fueron internadas por orden judicial y que una gran parte son personas con “dificultad mental” o “dificultad psiquiátrica”. En ese sentido, no solo se mantienen las grandes instituciones, sino que se están construyendo mini-instituciones con las mismas lógicas manicomiales.

Las villas son tanto de medio día como de internamiento por días. Se suponía que tendría que haber talleres, que tendría que haber otro tipo de actividades, y funcionar como especie de centros de retiro, no tanto como un psiquiátrico que encierre. Pero terminaron reproduciendo la misma lógica, exactamente la misma lógica. Nada más que las instalaciones en su momento estaban más bonitas, y te decían “buenos días”, y la comida estaba mejor. Pero es lo mismo, y actualmente compañeras de allá nos dicen: “Es que los psiquiátricos son horribles y ese tal ‘villas’ sigue siendo lo mismo”. O sea, terminó siendo lo mismo que otro psiquiátrico que no es modelo de “salud mental comunitaria”. Entonces es prácticamente lo mismo.

Ilse Gutiérrez



Otro problema es que el modelo hospitalocéntrico generalmente produce o incrementa en sí mismo los prejuicios y la exclusión a la que nos podemos enfrentar, aun habiendo salido del psiquiátrico. El modelo hospitalocéntrico concentra y reproduce los prejuicios hacia las personas consideradas locas, y, por lo tanto, la discriminación. También por eso es necesario superarlo (no sólo en términos de infraestructura, sino también culturales).

Pues cuando fui encerrado... yo lo veo como que se me implantó “la voz de la sirena”, era como que todo lo que yo dijera ahora no era cierto porque estaba loco ¿sí? Entonces es muy fuerte porque salí y de repente ya mis amiguis dudaban de mí, se alejaron. Nunca más lo que decía tuvo el mismo peso; desde que se me psiquiatrizó perdí credibilidad, en mi familia y en entornos cercanos (ya menos) pero desde ahí siempre se me ha mirado con sospecha sobre lo que pienso, o sobre cómo siento, igual para ellos mis emociones siempre son exageradas.

Activista trans y locx, sobreviviente de la psiquiatría

91 Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2019.

92 Plan nacional de salud mental 2017-2025, Ministerio de Salud, 2017.

93 Política Nacional de Salud Mental 2012 – 2021, Ministerio de salud. 2012.

94 Programa específico de salud mental. Consejo Nacional de Salud Mental. 2012-2018.

95 Plan nacional de salud mental 2020-2027, Ministerio de Salud. 2020.

96 Por ejemplo, el proyecto de Casa Trébol y las Cooperativas de Vivienda “Hamabi”.

97 Dirección del Instituto de Bienestar Social. Solicitud de Información. Folios 47298/47301/47396/47426. 24/09/2021.

98 Informe Final Estudio: Sobre condiciones de vida y caracterización de las personas en situación de discapacidad y dependencia en residencias de la Fundación Coanil, desde la perspectiva de los residentes, cuidadores y de la oferta de la intervención institucional. SENADIS.

99 Levantamiento de Catastro de Residencias, para personas en situación de discapacidad y dependencia en el territorio nacional. SENADIS, 2018.

La asistencia personal es uno de los servicios de apoyo que está contemplado en la CDPD para facilitar que las personas con discapacidad vivan en la comunidad, así como para evitar el aislamiento o separación de ésta. Se contempla expresamente esta figura en las leyes o planes de discapacidad de 6 países (Costa Rica¹⁰⁰, Chile¹⁰¹, Nicaragua¹⁰², Paraguay¹⁰³, Perú¹⁰⁴ y Uruguay¹⁰⁵)¹⁰⁶, pero solo existe en la práctica en unos pocos de estos países. En Argentina¹⁰⁷ Se incluye la figura del “asistente domiciliario” en el sistema de prestaciones básicas de las personas con discapacidad, y en la Ciudad de Buenos Aires se ha creado un Programa de Apoyo para la Vida Independiente que presta dicho servicio. Una dificultad es que muchas veces se considera que la asistencia personal debe ser solo para personas con discapacidad “severa” y, por tanto, se excluye a las personas de la diversidad psicosocial.

En cuanto a las redes y/o grupos de apoyo, se han desarrollado proyectos desde las instituciones en Chile¹⁰⁸, México¹⁰⁹ y Paraguay¹¹⁰. En Argentina, el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, que contó con la participación de personas de la diversidad psicosocial y se creó en 2014 en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, desarrolló un proyecto para realizar “Grupos de apoyo mutuo en salud mental”, pero no se ha implementado. Como veremos más adelante, también se han generado proyectos de apoyo mutuo entre personas de la diversidad psicosocial más allá de los establecimientos o servicios de salud mental.

Aunque es muy importante, no basta con promover el cese de la construcción de hospitales monovalentes y las estadías de larga estancia. Se necesita el compromiso con un cambio profundo de las dinámicas, los presupuestos y las estructuras manicomiales que se están reproduciendo actualmente en la comunidad en general y en espacios que se plantean como una alternativa de salud mental comunitaria.

3.7. Acceso a la justicia

En esta sección revisamos de qué manera se asegura que las personas de la diversidad psicosocial podemos participar en procedimientos judiciales sin discriminación y adaptados a nuestra situación. La CDPD dice que los Estados deben asegurar el acceso a la justicia en igualdad de condiciones realizando ajustes de procedimiento (modificaciones y adaptaciones en el proceso judicial para garantizar la participación de las personas con discapacidad, independientemente de que sea como imputadas, víctimas o testigos). Para esto, los Estados también deben realizar capacitaciones a las personas que trabajan en la administración de justicia.

100 Ley N° 9379. Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, 2017.

101 Programa de Tránsito a la Vida Independiente. SENADIS (<https://www.senadis.gob.cl/pag/159/1225/descripcion>).

102 Ley 650/2008. Ley De Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales, 2008.

103 Documento marco para el diseño de la política nacional de cuidados en el Paraguay, Ministerio de la Mujer, Programa de la Unión Europea EUROsociAL+, ONU Mujeres. 2019.

104 Ley N° 29.973, Ley general de la persona con discapacidad, 2012; y Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030. CONADIS, 2021.

105 Ley N° 18.651, Protección integral de personas con discapacidad. 2010; y Guía de derechos y apoyos para personas con discapacidad en Uruguay, Ministerio de Salud Pública. 2020.

106 En Colombia hay actualmente un “Proyecto de Ley N° 265, 2021. Por medio del cual se promueve la autonomía, asistencia personal y protección social de las personas con discapacidad y se reconocen las labores de cuidado no remuneradas en las que hayan participado miembros de su círculo familiar y se dictan otras disposiciones”.

107 Ley N° 26.480, Sistema de prestaciones básicas para las personas con discapacidad. 2009.

108 REVELO: Redes Vecinales Locales. Un programa vinculado al Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) para contribuir a mejorar la calidad de vida e inclusión social de las personas mayores de edad con discapacidad, dependencia y pertenecientes al 60% con mayor vulnerabilidad social.

109 La Norma Oficial Mexicana “NOM-028SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones” contempla los grupos de ayuda mutua para ayudar a lograr la abstinencia con base en la experiencia compartida.

110 En el programa El Puente, dentro del Servicio Voluntario Menonita, que brinda ayuda a personas internadas en el Hospital Psiquiátrico de La Asunción. Fuente: Dirección General de Programas de Salud. Solicitud de Información. Folio 2044-108/2021. 20/09/2021.

En los 10 países existen leyes, protocolos, manuales o programas que establecen el acceso a la justicia de las personas con discapacidad. Este derecho se promueve tanto en las leyes o planes de discapacidad, como desde los ministerios de justicia, consejos de derechos humanos o de desarrollo social. Hay facilidades para que las personas con discapacidad accedan gratuitamente a asesoría especializada en las defensorías públicas de Costa Rica¹¹¹, Ecuador¹¹² y México¹¹³; en la Secretaría Nacional de Discapacidad de Chile¹¹⁴; en consultorios jurídicos en Colombia¹¹⁵ y Uruguay¹¹⁶; y en el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Perú¹¹⁷.

Ajustes de procedimiento y capacitación.

La implementación de ajustes de procedimiento se establece en protocolos o guías en 9 países: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, México, Perú y Paraguay. En Uruguay existe una comisión de trabajo para la adecuación de la normativa. A pesar de esto, los ajustes dirigidos a las personas de la diversidad psicosocial no siempre se llevan a cabo. Permanecen varias barreras para la participación de las personas con discapacidad psicosocial.

Una de ellas son los estereotipos y prejuicios que continúan muy presentes en la sociedad en general y en las instituciones en particular. Los prejuicios son barreras en el acceso al sistema legal porque llevan a actitudes paternalistas, de rechazo, o de miedo de parte de las personas operadoras de justicia. Dichas actitudes pueden determinar de manera sesgada la actuación y el propio dictamen. O pueden generar un contexto de intimidación que dificulte a las personas de la diversidad psicosocial la comunicación, y por lo tanto el acceso equitativo al procedimiento judicial. También pueden llevar a desacreditar el relato de la persona por asociarlo a una patología mental. A esto se pueden sumar otras barreras como el sexismo, el racismo o el clasismo (entre otras) que generan desigualdades relacionadas, por ejemplo, con el género, el origen étnico, el color de piel o la situación socioeconómica. Preocupa que las dificultades derivadas de la presencia de barreras sean interpretadas como una confirmación de la patología o de la supuesta “deficiencia mental,” y que, por lo tanto, nuevamente, produzcan una situación de desprotección y de pérdida de derechos.

En lo personal, cuando se judicializó mi relación matrimonial por violencias y en mi contexto también de discapacidad, nunca hubo escucha, siempre se oyó al agresor por sobre mí. Me doy cuenta de que los tribunales a quien menos van a oír es a una mujer que está loca, o en este caso que tiene alguna patología psiquiátrica. Por lo general se oye a las familias de ella, a familiares o a otras personas, pero siempre la causa termina en favor de la contraparte. Y eso es terrible y eso es violento, pero así es, no hay apoyos. No tienes cómo ganar en un proceso judicial, y te revictimizan mil veces, a todos les tienes que contar el mismo relato de todo lo que viviste, y si todo lo que viviste es lo que te está haciendo padecer malestar subjetivo, todas las manifestaciones se acentúan, y cuando se acentúan, también los informes salen negativos hacia ti porque estás en plena crisis, entonces respondes mal o no respondes, o llegas tarde, o llegas drogada porque estás más medicada, y entonces en otras palabras: “es verdad que esta señora no puede criar”, “es verdad que esta señora no se puede valer por sí sola”, “es verdad que esta señora...”

Lorena Berrios

111 Subcomisión de Acceso a la Justicia de Personas con Discapacidad. Comisión de Acceso a la Justicia. Poder Judicial. Solicitud de información. Folio DVV-SP-93-2021. 18/10/2021.

112 Manual de Atención en Derechos de Personas con Discapacidad en la Función Judicial. Consejo de la Judicatura y Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2015.

113 Instituto Federal de Defensoría Pública. Unidad de Asesoría Jurídica. Solicitud de información. Folio 0320000280221. 19/05/2021.

114 Programa de Acceso a la Justicia para Persona con Discapacidad. SENADIS, 2022.

115 Ley 2113 del 29 de julio de 2021 por medio de la cual se regula el funcionamiento de los consultorios jurídicos de las instituciones de educación superior.

116 Guía de derechos y apoyos para las personas con discapacidad en Uruguay, 2020.

117 Dirección de Asistencia Legal y Defensa de Víctimas.

La consideración de las barreras que enfrentamos como colectivo es muy importante porque, aunque a veces hay coincidencias, los ajustes que se implementan para otros colectivos de personas con discapacidad no necesariamente responden a nuestras necesidades. En Costa Rica¹¹⁸, Paraguay¹¹⁹ y México¹²⁰ se han construido guías o protocolos específicos sobre la situación de las personas con discapacidad psicosocial para orientar el trabajo de quienes administran el sistema legal. En Chile¹²¹, Ecuador¹²², y Perú¹²³ los protocolos de discapacidad nos incluyen como colectivo. Explican la importancia de identificar tratos discriminatorios y barreras en el entorno que pueden impedir la participación de una persona con discapacidad psicosocial. También se explican pautas para la implementación de ajustes; por ejemplo, actuar desde la máxima flexibilidad para facilitar herramientas de comunicación alternativa, ofrecer apoyo emocional, brindar recesos frecuentes, identificar y evitar prejuicios, entregar información por escrito cuando sea necesario, dar tiempo suficiente para responder las dudas de la persona o para expresarse, entre otras.

Además, en Perú¹²⁴, Paraguay¹²⁵ y Nicaragua¹²⁶ se han aprobado las “1000 Reglas de Brasilia sobre el acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad” de la XV Cumbre Judicial Iberoamericana. Si bien se trata de una estrategia que incluye a las personas con discapacidad, no son medidas específicas sobre las barreras y las vulneraciones de derechos que pueden vivir las personas con discapacidad. Por lo tanto, no necesariamente aseguran la existencia de ajustes de procedimiento para nuestro colectivo. Otro documento de referencia en la región son los “Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad” de la Organización de las Naciones Unidas.

Inimputabilidad y medidas de seguridad

Preocupa que la inimputabilidad y las medidas de seguridad continúan siendo figuras vigentes en la legislación penal de los 10 países. Se considera a una persona como “inimputable” cuando se determina que por una “deficiencia”, “falta de capacidad” o de “maduración mental”, y por lo tanto de “voluntad”, no puede ser responsable de un delito. Entonces, si se le denuncia, no puede participar del procedimiento judicial en igualdad de condiciones. Por eso, esta es una medida contraria a la CDPD: mantiene la situación de discapacidad como criterio de exclusión para que una persona participe en su propio proceso legal.

118 Protocolo de atención para el efectivo acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial. Comisión de Acceso a la Justicia. Poder Judicial de Costa Rica. Colección Documentos de Política n° 6. 2013.

119 Resolución N° 224. Por la cual se aprueba el protocolo de atención para el acceso a la justicia de personas con discapacidad psicosocial, en la república del Paraguay. Ministerio de Justicia, 2015.

120 Protocolo de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual y Psicosocial. Poder Judicial de la Ciudad de México. Tribunal Superior de la Justicia de la Ciudad de México y Documenta, Análisis y acción para la justicia social A.C., 2019

121 Guía de principios de actuación para garantizar el acceso a la justicia de las personas con discapacidad. Universidad Central y SENADIS, 2020.

122 Manual de Atención en Derechos de Personas con Discapacidad en la Función Judicial. Consejo de la Judicatura y Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2015.

123 Protocolo de Atención Judicial para Personas con Discapacidad, Poder Judicial del Perú. 2018.

124 Resolución Administrativa N° 000198-2020-CEP-PJ. Aprueban Adhesión a las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de Personas en Condición de Vulnerabilidad, disponiendo su aplicación por todos los jueces de la República, incluidos los jueces de la paz.

125 Acordada N° 633. Por la cual se revuelve ratificar el contenido de las “100 Reglas de Brasilia” sobre acceso a la justicia de las personas en condiciones de vulnerabilidad, 2010.

126 Acuerdo N° 83-2008 y Acuerdo N° 48-2015 de la Corte Suprema de Justicia.

Cuando una persona es considerada como inimputable no solo no participa en igualdad de condiciones, sino que se le puede aplicar una “medida de seguridad”: la persona puede ser privada de la libertad como una forma de “prevenir” que, aunque no pueda ser acusada de delito “por motivos de discapacidad” o de “trastorno mental”, tampoco pueda cometer uno. Por lo tanto, las medidas de seguridad pueden implicar la privación de la libertad sin prueba de delito, pero justificada por el hecho de asociar a la persona a una situación de discapacidad o de supuesta peligrosidad o de necesidad de tratamiento médico¹²⁷. De acuerdo con el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad, las medidas de seguridad constituyen una forma de discriminación y una vulneración de derechos al basarse únicamente dichos criterios¹²⁸. La personalidad y/o la situación de discapacidad en la que se encuentra una persona no pueden ser consideradas como un motivo o una justificación para establecer medidas de privación de la libertad¹²⁹ ¹³⁰. Estas medidas no solo son contrarias al derecho de acceder a la justicia (art. 13 de la CDPD), sino también al derecho a la libertad y seguridad de la persona (art. 14).

De las solicitudes de información que enviamos a los distintos países, solamente obtuvimos respuesta con datos sobre personas con discapacidad que están consideradas como inimputables o que tienen medidas de seguridad en hospitales psiquiátricos de Chile (333 personas -297 hombres y 36 mujeres- entre el 2015 y el 2021)¹³¹. En Perú¹³² en 2018, la Defensoría del Pueblo reportó que había 89 personas internadas declaradas inimputables. En México¹³³ en 2019 la sociedad civil reportó pabellones hospitalarios destinados a la población considerada como inimputable donde hay muchas personas que, a pesar de haber cumplido con la medida de seguridad, continúan en dichas instituciones. En Argentina hay 6 personas internadas consideradas inimputables en lo que va del 2023¹³⁴ y ha habido personas encerradas por más de 40 años ¹³⁵.

La escasa información sobre cuántas personas son actualmente consideradas inimputables y tienen medidas de seguridad en la región indica nuevamente que no se trata de una cuestión prioritaria para los Estados, y que es una vulneración de derechos bastante normalizada.

El sistema judicial es injusto para toda persona. Más cuando perteneces a un colectivo históricamente discriminado y excluido como el de las personas con discapacidad. En general, a las personas con discapacidad se nos impide acceder a la justicia por una multitud de barreras presentes en los distintos ámbitos judiciales. Esas barreras son más grandes cuando has sido víctima. En el caso de personas con discapacidad psicosocial las principales barreras para acceder a la justicia son resultado de prejuicios que nos asocian con falta de capacidades para comprender, expresarnos o tomar decisiones, así como debido al estigma de peligrosidad. En todas las instituciones de justicia se desconoce el derecho que las personas con discapacidad tenemos para contar con ajustes de procedimiento. Diría, finalmente, que en el estado actual de cosas, es muy difícil que las personas con discapacidad psicosocial accedamos a mecanismos distintos a los de la justicia penal como los de la justicia restaurativa.

Víctor Lizama

127 Bru, Gabriela (2019). Judicialización de la salud mental: una investigación cualitativa sobre experiencias de personas con padecimiento psíquico. *Derecho y Ciencias Sociales*, 22: 100-113.

128 Comité CDPD (2019), «Arturo Medina Vela vs. México. Resolución 6/09/2020», CRPD/C/22/D/32/2015, 6 de septiembre, pp. 6 y 9, disponible en: https://www.hchr.org.mx/images/doc_pub/CRPD_C_22_D_32_2015_28904_S.pdf

129 González Benítez, Norma; Salvador Ferrer, María Ángel y Sheinbaum Lerner, Diana (2020). ¿Por razón necesaria? Violaciones a los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México. Documenta, A.C. México.

130 En el siguiente estudio se analizan la inimputabilidad y las medidas de seguridad en el contexto latinoamericano: Documenta, Análisis y acción para la justicia social (2010). Inimputabilidad y medidas de seguridad a debate: reflexiones desde América Latina en torno a los derechos de las personas con discapacidad. Editorial Ubijus.

131 Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Defensoría Penal Pública. Solicitud de información. Folio AK005T0000879. 01/10/2021.

132 Informe Defensorial N° 180. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Defensoría del Pueblo. Mecanismo Independiente Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad, 2018.

133 González Benítez, Norma; Salvador Ferrer, María Ángel y Sheinbaum Lerner, Diana (2020). ¿Por razón necesaria? Violaciones a los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México. Documenta, A.C. México.

134 Portal de Datos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Internos del SPF – Inimputables 202301 (<https://bit.ly/41nnZNM>)

135 “Se olvidaron de un preso: hace 47 años que está encerrado por lesiones leves”. *La Voz* (<https://bit.ly/3Ewuzrl>)

3.8. Educación

En este apartado revisamos las leyes y políticas que promueven la educación inclusiva. De acuerdo con la CDPD los Estados deben asegurar a las personas con discapacidad el acceso a la educación en todos los niveles educativos. Para garantizar este derecho se deben realizar los ajustes necesarios, brindar apoyos y realizar capacitaciones a la comunidad escolar o educativa.

En todos los países existen leyes, decretos, protocolos o políticas que tienen el objetivo de asegurar el acceso a la educación a las personas con discapacidad. Este derecho se contempla principalmente en las leyes de discapacidad y en las leyes nacionales de educación. Llama la atención que no en todas éstas se promueve expresamente la educación inclusiva. En su mayoría sigue promoviéndose el paradigma de la educación especial y la atención a “necesidades educativas especiales”, aunque con la intención de transitar hacia la educación inclusiva.

Mientras la educación especial se caracteriza por crear espacios separados o segregados para las personas con discapacidad (o bien, por intentar modificar las características de la persona para que se “integre” en un entorno educativo), la educación inclusiva se caracteriza por modificar el entorno educativo eliminando barreras para que la persona con discapacidad pueda participar de éste. Las modificaciones del entorno y la eliminación de las barreras implican, por ejemplo, realizar adecuaciones curriculares; brindar asesoría continua y cotidiana al personal docente; adecuar el mobiliario, el material didáctico y los horarios escolares; ofrecer herramientas de comunicación alternativa; realizar acciones de sensibilización o concientización dirigidas a la comunidad estudiantil, docente, y a la población general sobre las barreras no sólo físicas sino también actitudinales y las formas de discriminación implícita o explícita; entre otras.

En las leyes y políticas de los países revisados, el derecho a la educación de las personas con discapacidad se plantea muchas veces como “modelo de educación especial con enfoque inclusivo”. En casi todos se incluye la prestación de ajustes y apoyos. Por ejemplo, en Colombia¹³⁶, Ecuador¹³⁷, y Paraguay¹³⁸ existen guías con orientaciones específicas para promover la inclusión educativa de personas con discapacidad psicosocial desde el enfoque de la CDPD. Incluyen pautas para que la comunidad educativa pueda realizar ajustes razonables y específicos para la situación de nuestro colectivo. También en Chile¹³⁹ se han realizado campañas de sensibilización sobre la discapacidad psicosocial en el acceso a la educación superior. En México, algunas universidades cuentan con Unidades de Accesibilidad e Inclusión¹⁴⁰. En 4 países (Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica) hay legislaciones que aseguran específicamente el derecho a la educación superior a las personas con discapacidad. Además, para acelerar el acceso, existen bonos, fondos o becas en 5 países (Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú)¹⁴¹.

136 Colección “Promover trayectorias educativas completas de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en el marco de la educación inclusiva y de calidad. Orientaciones administrativas y pedagógicas para la atención educativa de la población en extraedad, joven, adulta y adulta mayor con discapacidad intelectual y psicosocial”. Ministerio de Educación Nacional. MEN, MSPS, DAPRE y Fundación Saldarriaga Concha.

137 Guía de buenas prácticas en el ámbito de la discapacidad para la educación superior. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS).

138 Educación Inclusiva en la Universidad. Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (https://www.una.py/wp-content/uploads/2020/07/EducacionInclusivaEnLaUniversidad_Martes21Julio2020.pdf).

139 Discapacidad en Educación Superior. Universidad de Chile, 2011: <https://www.uchile.cl/videos/182313/discapacidad-en-educacion-superior>.

140 Dos ejemplos son los siguientes:

- Diagnóstico: la atención a la discapacidad en educación superior desde la perspectiva de derechos humanos. El caso de la Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Derechos Humanos.

- Modelo de Accesibilidad del Instituto Politécnico Nacional.

141 Se detallan estas leyes en el anexo 4.

A pesar de estos esfuerzos, hay datos que muestran que todo esto aún no se ha hecho plenamente efectivo y que el modelo de segregación e integración continúan vigentes, así como una falta de prestación de apoyos. Por ejemplo, en Chile¹⁴² y en Colombia¹⁴³ se han registrado muchas menos matrículas en educación básica y superior en la población con discapacidad en comparación con la población sin discapacidad. Sumado a esto, también en Colombia¹⁴⁴ se ha registrado el predominio de aulas especializadas dentro de las escuelas regulares (lo que se corresponde más con el paradigma segregador-integrador que con el de la educación inclusiva), y tampoco se garantiza que la perspectiva de derechos sea un componente fundamental de la formación docente desde el principio.

En Paraguay¹⁴⁵ en 2014 se registró que el 83% de la población con discapacidad no superaba los seis años de educación básica, y muy pocas alcanzaron los estudios superiores. En México¹⁴⁶, datos del 2018 indicaron que el 31,7% de personas con discapacidad entre seis y diecisiete años no sabían leer ni escribir. En 2019 en Argentina¹⁴⁷ el 43,7% de la población con discapacidad se encontraba segregada en escuelas especiales, así como el 33,5% no contaba con figuras de apoyo o solo había accedido a ellas por medios económicos familiares. En México¹⁴⁸ se ha registrado que los apoyos especializados que menos reciben las escuelas regulares son para la atención a las personas con sordoceguera (87,3%) y para las personas con discapacidad psicosocial (81,8%). En Ecuador¹⁴⁹ en el año 2018, se registraron menos matrículas en la educación superior entre la población con discapacidad psicosocial en comparación con otras discapacidades.

En contraste, también en México¹⁵⁰, así como en Colombia¹⁵¹, existen más personas con discapacidad psicosocial matriculadas, en comparación con otras situaciones de discapacidad. La mayoría se concentran en educación básica y los porcentajes de matrículas disminuyen conforme la escolarización avanza. Muy pocas personas con discapacidad psicosocial llegan a la educación superior. Nuevamente, debido al desconocimiento sobre las barreras que enfrentamos, y por los prejuicios hacia las personas de la diversidad psicosocial, en educación superior se dan muchas situaciones de discriminación explícita o implícita, que a veces se acentúan al intentar ingresar a determinadas profesiones.

Ahí las clases empezaban a las 7 de la mañana y yo no podía llegar a esa hora porque estaba tomando quetiapina, carbamazepina, fluoxetina, como 3 o 4 medicamentos, y pues en ese momento yo tomaba dosis muy altas y no me podía despertar todos los días a las 4 y media o 5 de la mañana para llegar a las 7. Y conforme a los reglamentos si tú tenías menos del 80% de asistencia reprobabas automáticamente, sin importar que supieras. Entonces es una barrera ahí normativa, y pues yo reprobé, claro, muchas materias de las primeras horas. Pedí cambio de turno y les expliqué por qué y me dijeron que no, que yo no podía estar ahí. Me insultaron: "Un discapacitado no puede educar a un discapacitado y eso te lo tienes que grabar muy bien en tu cabeza", y: "Tú tienes que estar archivada en el psiquiátrico, eres una vergüenza para la institución". Así fue. Y no hay rutas de acción ante la discriminación cercanas a la población, los mecanismos también son inaccesibles.

Ilse Gutiérrez

En Perú¹⁵² la población con discapacidad psicosocial se concentra en nivel educativo secundaria y superior no universitaria, representando el 10,6% y 16,3% respectivamente. Es preocupante la ausencia de datos de acceso público sobre la situación de las personas de la diversidad psicosocial en los otros 3 países (Costa Rica, Nicaragua y Uruguay).

En suma, a pesar de que son muchas las leyes y políticas que expresan el compromiso de asegurar un modelo inclusivo en el ámbito de la discapacidad, esto en la práctica no se ha garantizado ni asegurado para las personas con discapacidad psicosocial.

142 II Estudio Nacional de la Discapacidad. SENADIS, 2015.

143 Dirección de Cobertura y Equidad. Ministerio de Educación. Visor Discapacidad. Datos 2020, 2021 y 2022. Solicitud de información. Folio 2021-ER-371074. 14/12/2021.

144 El derecho a la educación de las personas con discapacidad: ¿Cómo estamos en América Latina y el Caribe? Reflexiones y recomendaciones a partir de consulta a organizaciones y comunidades educativas de la región. Campaña Latinoamericana por el Derecho a la Educación. 2018.

145 Plan Nacional de Desarrollo 2030 (2014).

146 Estudio diagnóstico del derecho a la educación 2018. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2018.

147 Educación Inclusiva. Derecho a la educación de las personas con discapacidad. Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia y Grupo Artículo 24, 2021.

148 Discapacidad y derecho a la educación en México. Comisión Nacional para la Mejora Continua de la Educación, 2022.

149 Estadísticas de Discapacidad del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (<https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad>)

150 Encuesta Nacional Sobre Discriminación (ENADIS), 2017.

151 Dirección de Cobertura y Equidad. Ministerio de Educación. Visor Discapacidad. Datos 2020, 2021 y 2022. Solicitud de información. Folio 2021-ER-371074. 14/12/2021.

152 Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS). Solicitud de información. Folio AI00002021000024. 05/10/2021.

3.9. Trabajo y empleo

En este apartado abordamos las leyes y políticas que prohíben la discriminación en el empleo por motivos de discapacidad. También revisamos si se implementan ajustes razonables y medidas de acción afirmativas. Finalmente abordamos datos sobre la actividad laboral de las personas con discapacidad en la región, particularmente de las personas con discapacidad psicosocial.

Derecho al trabajo y no discriminación

En los 10 países se establece el derecho al trabajo o a la inclusión laboral en las leyes generales de discapacidad¹⁵³. Aparte, en 6 países (Argentina, Chile, Costa Rica, México, Paraguay y Uruguay) hay leyes o normas específicas para regular el acceso al empleo. En éstas se establecen lineamientos para las empresas o instituciones empleadoras.

La discriminación en el empleo se prohíbe en las leyes de discapacidad de 9 países: Chile, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Nicaragua, México, Paraguay y Perú. En las mismas se establecen sanciones como multas o despidos si se vulneran los derechos establecidos, lo que incluye actos discriminatorios. En la Ley de Discapacidad de Uruguay se prohíbe la discriminación, pero no se establecen multas ante ésta. La discriminación también se prohíbe y sanciona en leyes, decretos, normas o códigos de trabajo de 5 países: Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Perú.

Ajustes razonables en el empleo

La implementación de ajustes razonables en el trabajo se establece en su mayoría en dos tipos de leyes: las generales de discapacidad, y las de inclusión laboral que se dirigen a personas con discapacidad. En menor medida se establecen en las legislaciones laborales generales. En 5 países (Chile, Ecuador, Nicaragua, Perú y Uruguay) las leyes generales de discapacidad establecen directamente la obligación de las y los empleadores de realizar las adecuaciones necesarias en el proceso de selección o de contratación y en el lugar de trabajo. En Costa Rica y México las leyes de discapacidad establecen esto mismo, pero de manera indirecta: consideran como forma de discriminación la no realización de adecuaciones tanto en la selección como durante el desempeño de las labores¹⁵⁴. También en Costa Rica y México, así como en Chile, Paraguay y Uruguay, se contempla la prestación de ajustes en la legislación de inclusión laboral dirigida específicamente a personas con discapacidad. En el caso de México los ajustes se centran particularmente en adecuar el medio físico, y en el caso de Paraguay se centran en la formación y capacitación para acceder al empleo.

En Colombia, la Ley de Discapacidad establece la obligación de realizar ajustes razonables en general (no de manera específica en lo laboral), no obstante, existe una guía del Ministerio de Trabajo que explica su implementación en distintas situaciones de discapacidad, incluida la discapacidad psicosocial. También en Argentina hay una guía de buenas prácticas entre las que se describe la prestación de ajustes razonables para la discapacidad psicosocial. Por ejemplo, ajustar el contenido de las consignas, dar más tiempo en la ejecución de tareas, garantizar un ambiente agradable, ventilado y sin interferencias, y preguntar a la persona si tiene alguna recomendación o sugerencia de ajuste que se deba tener en cuenta.

En Paraguay se contemplan “adecuaciones razonables” específicamente para las personas con discapacidad psicosocial. No obstante, no se trata de ajustes dirigidos a eliminar barreras, por ejemplo, actitudinales (como los prejuicios) u organizacionales (como los horarios). Se trata más bien de medidas afirmativas como beneficios fiscales en la contratación de personas con discapacidad, y medidas de inclusión laboral como la implementación del empleo con apoyo (que explicamos en los siguientes párrafos).

153 En el Anexo 6 se encuentran las leyes y políticas que revisamos por país sobre la no discriminación laboral, la prestación de ajustes razonables y la implementación de medidas afirmativas.

154 El siguiente estudio también revisa el derecho al trabajo de personas con discapacidad en algunos países de la región: Paz-Maldonado Eddy y Silva-Peña Ilich (2020). Inserción laboral de personas en situación de discapacidad en América Latina. *Saúde Soc.*, 29(4): e190724.

Medidas afirmativas

Las medidas afirmativas para acelerar el ingreso al mercado laboral se establecen por ley en los 10 países. Una de éstas es la deducción de impuestos a quien contrate a personas con discapacidad, que se aplica en 9 países (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay, Perú y Uruguay). Los porcentajes de deducción van del 70% al 200% de las retribuciones abonadas a las personas con discapacidad. Estos porcentajes varían en cada país y también en función del porcentaje total de personas con discapacidad contratadas, y/o del grado de discapacidad reconocida administrativamente.

Otra medida afirmativa que se aplica en 8 países (Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, Perú, Paraguay y Uruguay) es la obligación de contratar un mínimo de personas con discapacidad en los organismos públicos y/o privados¹⁵⁵. A esta medida se le conoce como “cuotas”. En Costa Rica, Paraguay y Uruguay son obligatorias sólo para el sector público, mientras en Chile, Ecuador, Perú y Nicaragua se establecen como obligación tanto para el sector público como para las empresas privadas. En Argentina es obligación para las instituciones públicas y para las empresas privadas que presten servicios públicos.

Los porcentajes mínimos de personas con discapacidad que deben estar contratadas por ley también son distintos en cada país y a veces dependen de cuántos trabajadores hay en total, o si se trata de un organismo público o una empresa privada. En Costa Rica, Paraguay y Perú el porcentaje mínimo es del 5% del total del personal o funcionarios en entidades públicas. También en Perú se aplica el 3% mínimo en entidades privadas. En Argentina, Uruguay y Ecuador el porcentaje es del 4% (en Argentina se considera la totalidad de trabajadores; en Uruguay se consideran solo los trabajadores en labores permanentes o estables; y en Ecuador es a partir de 25 trabajadores, también en labores permanentes). En Nicaragua el porcentaje es del 2% a partir de 50 trabajadores, o al menos una persona con discapacidad entre 10 y 49 trabajadores. En Chile la cuota es de 1 persona con discapacidad a partir de 100 trabajadores.

En ocasiones las cuotas aplican solo para la contratación de personas con un porcentaje mínimo de discapacidad reconocida; por ejemplo, en Paraguay aplica para la contratación de personas con un mínimo de 33% de discapacidad. Este último criterio puede ayudar a priorizar la contratación de personas que enfrenten más barreras, pero también puede ser un obstáculo burocrático o administrativo para la misma contratación (tal como explicamos en el último apartado del informe). Para el cumplimiento de las cuotas, las leyes de todos los países que establecen este sistema contemplan sanciones por su incumplimiento (por ejemplo, multas, destitución o cesantía). En Chile y Perú se contemplan sanciones como el financiamiento de programas de formación e inclusión laboral.

No obstante, en Paraguay, Uruguay, Chile y Perú se han registrado incumplimientos en las cuotas de contratación y en la aplicación de las multas. En 2022 en Paraguay¹⁵⁶ se registró solo un 5,4% de cumplimiento de la cuota mínima en las instituciones públicas, así como un 40,2% de organismos que no cuentan con personas con discapacidad en sus nóminas. En 2021 en Uruguay¹⁵⁷ el cumplimiento de la cuota fue de sólo un 0,4% (solo 6 organismos cumplieron con ella). En 2021 en Chile¹⁵⁸ se encontró un leve aumento de personas con discapacidad contratadas, pero hubo distintas dificultades para monitorear adecuadamente el cumplimiento de la cuota de 1%, por lo que no se tiene certeza de si se ha aplicado o no. En Perú¹⁵⁹ en 2020 se encontraron variaciones en el estándar de las multas (desde rebajas hasta posibilidades de subsanación) en empresas privadas. En los otros países que establecen cuotas (Costa Rica, Ecuador y Nicaragua) no hay datos oficiales sobre el cumplimiento de esta norma.

155 Un análisis de las leyes y políticas de inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector privado en la región se puede consultar en el siguiente estudio: Díaz García, Luis Iván; Bastías Parraguez, Cecilia; Alarcón García, Sofía; Ritz Parra, Kevin (2021). Regulación de la inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector privado de Iberoamérica. Una evaluación desde la Convención. *Revista Chilena de Derecho*, 48(3): 25-54.

156 Inclusión de Personas con Discapacidad (PcD) en los Organismos y Entidades del Estado (OEE) según Ley 2479 y su modificatoria Ley 3585. Informe de la Secretaría de la Función Pública con base en datos del Sistema Integrado Centralizado de la Carrera Administrativa (SICCA). Noviembre de 2022.

157 Ingreso de personas con discapacidad en el Estado 2021 (Ley N° 18651). Oficina Nacional del Servicio Civil; Laboratorio de Innovación y Observatorio de la Función Pública. Datos del 01/01/2021 al 31/12/2021.

158 Informe de Evaluación sobre la Implementación y Aplicación de la Ley N° 21.015, Incentiva la Inclusión de Personas con Discapacidad al Mundo Laboral, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Ministerio de Hacienda, 2021.

159 Mendoza Legos, Luis. (2020). La cuota de personas con discapacidad en las empresas privadas del Perú. *Actualidad Jurídica Uría Menéndez*, 54: 67-81.

Mercado ordinario, protegido, de autoempleo y cooperativo

Además, en las leyes, programas o planes de discapacidad y empleo se promueven otras medidas para la inclusión laboral. Por ejemplo, medidas de empleo con apoyo; de empleo protegido; de autoempleo; y de empleo cooperativo. Las medidas de *empleo con apoyo* son para el acceso al “mercado ordinario” (entorno laboral conformado por personas con y sin discapacidad). Una de las figuras de este modelo es la del “facilitador laboral” u “operador laboral” (alguien que acompaña de manera individualizada a la persona trabajadora con discapacidad y puede realizar intermediación o capacitación a los equipos de trabajo para la disminución de barreras). El modelo de empleo con apoyo se contempla en las leyes y/o los programas del Estado en Colombia, Chile, Costa Rica, Paraguay, Perú y Uruguay^{160, 161}. En Perú existía un programa específico para esto: “Plan de Actuación para la Inserción y Capacitación Laboral de Personas con Discapacidad Mental e Intelectual, mediante el Modelo Metodológico del Empleo con Apoyo”¹⁶². No obstante, este programa ya no funciona, y, además, en su definición de “beneficiarios” perpetuaba la confusión entre discapacidad psicosocial e intelectual.

Otras veces se promueve la inserción laboral en el “mercado protegido” mediante *centros especiales de empleo o talleres de trabajo protegido* que son diseñados y construidos solo para personas con discapacidad, generalmente esperando realizar así un tránsito hacia el mercado ordinario. Este tránsito con frecuencia no ocurre, por lo que en gran parte las medidas del mercado protegido dan continuidad a la segregación de las personas con discapacidad, más que alcanzar la inclusión laboral¹⁶³. Con frecuencia esto acaba teniendo un beneficio para las empresas o instituciones contratantes, más que para las personas con discapacidad. Se establecen estas medidas en las leyes de Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay.

Un tercer tipo de medidas son las de *apoyo al empleo independiente, el autoempleo o el emprendimiento* de las personas con discapacidad. Éstas se contemplan en Argentina, Chile, Nicaragua y Paraguay. En Perú, la ley de discapacidad obliga a los gobiernos a promover la comercialización de los productos manufacturados por personas con discapacidad a través de su participación directa en mercados y comercios.

Un cuarto tipo de medida es el fomento de *cooperativas*; por ejemplo, en Uruguay hay un programa de Cooperativas Sociales dirigido a personas en situación de vulnerabilidad, en el que participan personas con discapacidad. También en Uruguay existe el proyecto de Cooperativa Social DODICI integrada por personas que estuvieron internadas en el Hospital Vilardebó. En Chile, el Fondo Nacional de Proyectos Inclusivos tiene una línea de financiamiento de apoyo a la creación y fortalecimiento de Cooperativas de Trabajo Inclusivas.

La situación de las personas con discapacidad

160 Empleo con Apoyo. Ministerio de Desarrollo Social, 2014.

161 En el siguiente enlace de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social se detallan programas de Empleo con Apoyo desarrollados por fundaciones, como la Fundación DISCAR en Argentina, la CONFE en México y la Fundación Saraki en Paraguay: <https://iberinclusion.org/libro/empleo-con-apoyo>.

162 Resolución Ministerial N° 076-2013-TR. Dirección General de Promoción del Empleo (http://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/SNIL/normas/2013-04-29_076-2013-TR_2889.pdf).

163 Estudios que analizan la implementación de medidas de empleo en el mercado ordinario y protegido en algunos países de la región:

- Llanos Román, Gabriela Andrea (2019). Inclusión laboral como elemento de promoción de la salud en personas con trastornos mentales en España, Ecuador e Italia. Tesis doctoral. Universitat de Valencia.

- Gravito Escobar, Diana María (2014). La inclusión de las Personas con Discapacidad en el mercado laboral colombiano, una acción conjunta. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Colombia.

Me acerqué a buscar empleo, el que apertura el gobierno acá para personas con discapacidad. Estaba haciendo la fila y cuando llegaron a entrevistarme me preguntan que si tengo discapacidad, y digo: “Sí, discapacidad psicosocial”, y tenía que acercarme donde la señorita psicóloga, que creo que era la indicada para la entrevista (no todas eran psicólogas, había otros módulos donde no tenían ningún profesional). Entonces me hicieron esperar, pero ya iban pasando todos los demás a ser atendidos. Me dan un ticket y me dicen: “A tal empresa vas a ir, en la dirección de la boleta”, después de que me entrevistó. Y resulta que la empresa quedaba en un lugar que me tomaba para llegar una hora o un par de horas desde ahí para movilizarme, y me dicen: “Tiene que llegar hoy día a hora de la tarde”, pero con todo el tiempo que había pasado llegué y ya lo había tomado otra persona. Y me salen diciendo: “No, ya lo tiene otro”. Entonces un poco ahí yo encuentro que parece que les daba igual, les daba igual, no consideraban el tiempo, no consideraban el lugar, o por cumplir, nada más por cumplir.

Activista de la diversidad psicosocial

A pesar de la diversidad de leyes, políticas y medidas para promover la inclusión laboral en la región, ésta continúa sin hacerse plenamente efectiva. Las tasas de empleo de la población con discapacidad han llegado a ser de menos de la mitad de las tasas de las personas sin discapacidad. Por ejemplo, en Colombia¹⁶⁴, datos de 2022 registraron una tasa de ocupación de 22% entre las personas con discapacidad, frente al 59% de las personas sin discapacidad. En México¹⁶⁵ en 2021 la tasa de actividad laboral de la “población con discapacidad y/o condición mental” fue de 38%, mientras la de la población sin discapacidad fue del 76%. En Costa Rica¹⁶⁶ en 2020, la tasa de actividad económica de las personas con discapacidad fue del 36,1% frente al 53,6% de las personas sin discapacidad. En Argentina¹⁶⁷ datos de 2018 indicaron que solo el 35,5% de la población con discapacidad era económicamente activa.

De manera similar, en 2017 en Perú¹⁶⁸ la tasa de personas empleadas o buscando empleo fue de 39,6% para personas con discapacidad (mientras fue del 61,9% para las personas sin discapacidad). En 2015, en Chile¹⁶⁹, solo 1 de cada 10 personas se encontraba laboralmente activa. También en Chile, después del primer año de la Ley de Inclusión Laboral, fueron contratadas 12,000 personas con discapacidad, lejos de las 27,500 que se esperaban¹⁷⁰. En 2015, en Nicaragua¹⁷¹, solo el 0,9% de los trabajadores del Estado eran personas con discapacidad.

Gran parte de las personas con discapacidad trabajan por cuenta propia, o bien como obreras o empleadas en empresas privadas. En 2022 en Nicaragua¹⁷² se encontró que el autoempleo es una estrategia que las personas con discapacidad tienen que llevar a cabo ante la dificultad de acceder a contrataciones por cuenta ajena. También 2022 en Colombia¹⁷³ la mayoría se concentraron en el trabajo por cuenta propia (se registró sobre todo en el comercio y reparación de vehículos). En Argentina¹⁷⁴ en 2018 el 49% de las personas con discapacidad se desempeñaba como obrera o empleada, y el 40,5% como trabajadora por cuenta propia. En 2010 en México¹⁷⁵ el 38,1% de la

164 Mercado laboral - Población en condición de discapacidad. Boletín Técnico de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). DANE. Agosto-octubre, 2022.

165 Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (Datos nacionales). Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2021.

166 Informe Nacional CIADDIS-PAD, 2020.

167 Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, 2018.

168 Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad, 2017. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática.

169 II Estudio Nacional de la Discapacidad, 2015. SENADIS. Ministerio de Desarrollo Social.

170 Caneo, Javiera (2020). Ad portas al segundo año de la Ley de Inclusión Laboral. La Etnográfica. Disponible en: <https://www.etnografica.cl/2020/02/10/ad-portas-al-segundo-ano-de-la-ley-de-inclusion-laboral/>.

171 Avances en la inserción laboral de personas con discapacidad. Asamblea de Nicaragua, 2015.

<https://noticias.asamblea.gob.ni/avanzan-en-la-insercion-laboral-de-las-personas-con-discapacidad/>

172 Informe Nicaragua. Investigación subregional (Guatemala, Honduras y Nicaragua) con enfoque interseccional sobre las barreras que enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y el nivel de cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y los Objetivos de desarrollo Sostenible (ODS). Septiembre, 2022.

173 Mercado laboral - Población en condición de discapacidad. Boletín Técnico de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). DANE. Agosto-octubre, 2022.

174 Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, 2018.

175 Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. INEGI, 2013.

población con discapacidad trabajaba por cuenta propia en comparación con el 23,7% de las personas sin discapacidad. En 2017¹⁷⁶, el 41,9% de las personas con discapacidad desempeñaba trabajos no cualificados frente al 35,3% de las personas sin discapacidad. En el mismo año en Perú¹⁷⁷, casi la mitad de las personas con discapacidad (el 48,9%) se desempeñaban como trabajadores independientes. En Costa Rica¹⁷⁸, en 2012, el trabajo como empleadas en empresas privadas fue el más desempeñado, seguido por el trabajo por cuenta propia.

Además, se han detectado brechas de género, entre otras. Por ejemplo, en los Organismos y Entidades del Estado en Paraguay¹⁷⁹ en 2022, el 62% de las personas con discapacidad empleadas eran varones y el 37,24% mujeres. En México¹⁸⁰, en 2017, el 37,9% de las mujeres con discapacidad no se incorporaron al mercado laboral por dedicarse al trabajo no remunerado en el hogar.

Respecto al tema de barreras, por ejemplo, se asume que una mujer que tenga discapacidad psicosocial, pues no hay problema si ya no puede trabajar, si ya no puede ir a estudiar, porque es mujer. Si tiene discapacidad una chica ya se queda en su casa, ayuda a la mamá, ayuda al cuidado de los hermanos, ayuda al hogar ¿no? Eso se ve muchísimo en el sistema educativo en sí, esta idea de género. No porque haya más hombres que mujeres con discapacidad, sino porque las mujeres ya están en su casa, o sea, ya de plano no fueron a estudiar y no van a trabajar, por supuesto.

Ilse Gutiérrez

Sumado a esto, nuevamente es escasa la información sobre la situación de nuestro colectivo. Los datos disponibles indican que las personas de la diversidad psicosocial siguen dentro de las personas con discapacidad que menos acceden al mercado laboral. En Ecuador¹⁸¹ en 2021 las personas con discapacidad psicosocial representaron la población con menor tasa de actividad laboral entre el total de personas con discapacidad. En Uruguay¹⁸² en el mismo año las personas con “discapacidades psíquicas, visuales y otras” representaron el 11% de la población contratada, siendo el segundo porcentaje más bajo después de las personas con discapacidad auditiva (que tuvieron el 5%). En Costa Rica¹⁸³ en 2020 quienes menos accedieron al mercado laboral fueron las personas con limitación para hablar (el 21%), seguidas de las personas con “discapacidad mental” (22%). En Argentina¹⁸⁴ en 2018, la tasa de inactividad más alta se presentó entre las personas con “discapacidad mental-cognitiva”. También en Argentina¹⁸⁵, en el mismo año, el motivo más frecuente de denuncias por discriminación fue la discapacidad motriz, seguida de la psicosocial. El empleo fue el segundo ámbito de discriminación más habitual (seguido del acceso a la justicia).

176 Encuesta Nacional sobre Discriminación. ENADIS, 2017.

177 Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad, 2017. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática.

178 Plan Nacional de Inserción Laboral para la Población con Discapacidad en Costa Rica. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica, 2012.

179 Inclusión de Personas con Discapacidad (PcD) en los Organismos y Entidades del Estado (OEE) según Ley 2479 y su modificatoria Ley 3585. Informe Secretaría de la Función Pública con base en datos del Sistema Integrado Centralizado de la Carrera Administrativa (SICCA). Noviembre de 2022.

180 Encuesta Nacional sobre Discriminación, ENADIS 2017.

181 Personas con discapacidad laboralmente activas. Estadísticas de Discapacidad del Consejo Nacional para la Igualdad de Oportunidades, 2021.

182 Ingreso de personas con discapacidad en el Estado 2021 (Ley N° 18651). Oficina Nacional del Servicio Civil; Laboratorio de Innovación y Observatorio de la Función Pública. Datos del 01/01/2021 al 31/12/2021.

183 Informe Nacional CIADDIS-PAD, 2020.

184 Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, 2018.

185 Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Accesibilidad y no discriminación. Datos de la Dirección de Asistencia a la Víctima, 1er semestre de 2018.

En contraste, en Nicaragua¹⁸⁶ se reportó en 2022 que algunas empresas prefieren contratar a personas con discapacidades no aparentes (como personas con baja visión, hipoacusia o discapacidad psicossocial). En su conjunto estos datos nos preocupan porque son indicadores de que cuando expresamos necesidades de apoyo como personas de la diversidad psicossocial; o bien, el hecho de ser personas usuarias/ex-usuarias/sobrevivientes de los servicios de salud mental, se presentan múltiples situaciones de discriminación. Esto es una barrera para la participación social de nuestro colectivo.

Yo de repente aspiro a tener, no sé, algún cargo directivo en mi trabajo, coordinar algo... ya ni siquiera directivo, pero coordinar, y me aterra pensar que no puedo decir nada, que no puedo contar porque te ponen en duda.

Activista sobreviviente de la psiquiatría

3.10. Protección social y participación política

En este último apartado describimos las medidas de protección social dirigidas a las personas con discapacidad. También revisamos de qué manera garantizan la participación política del colectivo. La CDPD protege el derecho de las personas con discapacidad de acceder a prestaciones que compensen las dificultades para mantener un nivel de vida adecuado (por ejemplo, a través de programas de reducción de la pobreza, de vivienda pública, de pensiones y jubilación). La CDPD también establece que los Estados deben garantizar la participación en la vida política y pública de las personas con discapacidad y sus organizaciones (por ejemplo, en procesos electorales, en la dirección de asuntos públicos o en espacios de toma de decisiones).

Protección social

En los 10 países las leyes de discapacidad incluyen la protección social como un derecho. Esto significa que particularmente quienes se encuentran en situación de precariedad, pobreza o pertenecen a comunidades altamente expuestas a la discriminación, tienen prioridad en el acceso a programas de bienestar o de seguridad social. Por ejemplo, las personas con discapacidad que viven en comunidades con alto grado de marginación pueden solicitar un bono mensual o bimensual en Ecuador¹⁸⁷, México¹⁸⁸ y Perú¹⁸⁹. La asignación depende de algunos criterios como el grado de discapacidad reconocida, la edad de quien solicita, o estar en situación de pobreza extrema. En Chile^{190 191} no hay pensiones específicas para personas con discapacidad, pero hay pensiones para personas en situación de pobreza declaradas con invalidez, de las que pueden beneficiarse personas con discapacidad de diferentes edades y también a partir de determinado porcentaje de invalidez reconocida. También en Chile hay un bono específico para personas con discapacidad mental que estén dentro del 60% más vulnerable de la población. En todos estos casos, los montos ofrecidos no alcanzan para compensar los costos adicionales de vivir con discapacidad. Tampoco revierten las situaciones estructurales de pobreza, marginalización o exclusión social.

186 Informe Nicaragua. Investigación subregional (Guatemala, Honduras y Nicaragua) con enfoque interseccional sobre las barreras que enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y el nivel de cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y los Objetivos de desarrollo Sostenible (ODS). Septiembre 2022.

187 Pensión asistencial para personas con discapacidad. Ministerio de Inclusión Económica y Social:

188 Programa “Pensión para personas con discapacidad” y “Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad” de “Programas para el Bienestar”.

189 Pensión del Programa Contigo para personas con discapacidad severa y situación de pobreza. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

190 Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI). Instituto de Previsión Social.

191 Subsidio de Discapacidad para menores de 18 años. Instituto de Previsión Social.

Hay pensiones por invalidez o por discapacidad en Argentina¹⁹², Colombia¹⁹³, Costa Rica¹⁹⁴, Nicaragua¹⁹⁵, Paraguay¹⁹⁶, Perú¹⁹⁷ y Uruguay¹⁹⁸. En todas estas también es necesario acreditar un porcentaje mínimo de invalidez reconocida (generalmente entre 33% y 70%) y en algunas ocasiones también se toman en cuenta otros criterios como la edad, el tiempo de cotización y tener una “discapacidad severa”. Estas pensiones, sin embargo, suponen dejar de trabajar para tener derecho a ellas. Además, en algunos lugares se reciben, por ejemplo, cada dos meses y sólo permiten acceder a sueldos muy por debajo de los salarios mínimos. Todo esto perpetúa la situación estructural de empobrecimiento de la población con discapacidad.

En Colombia hay además otras pensiones especiales para personas con discapacidad: la de invalidez de jóvenes, la de invalidez de personas con discapacidad, la de vejez con reducción de la edad por discapacidad, la de padres con hijos con discapacidad, la pensión subsidiada, la pensión sustitutiva, la de sobrevivientes, la familiar y la de víctimas con discapacidad como consecuencia del conflicto.

En los 10 países existen bonos o subsidios para la vivienda. En su mayoría están destinados a personas en situación de pobreza, pero priorizan entre otros colectivos a la población con discapacidad. A veces los bonos están dirigidos a apoyar la adquisición de la vivienda o de lotes (como en Perú y Paraguay) y otras veces están más dirigidos a crear adecuaciones de accesibilidad física en una vivienda ya adquirida. Si bien esta es una prestación importante, los programas de protección social deben tomar en cuenta las necesidades y barreras que enfrentamos específicamente las personas de la diversidad psicosocial en el acceso a una vivienda digna y darles respuesta (más allá de las viviendas de transición del modelo médico-rehabilitador). La institucionalización psiquiátrica no puede ser una respuesta a la falta de vivienda, ni a la pobreza, ni a la precariedad, ni a estar en situaciones de maltrato o violencia¹⁹⁹.

No tener vivienda... eso es salud mental. Si no tenés ingreso obvio que no tengas casa, no tengas esto, no tengas el otro. Así que pobreza, locura y calle se entrecruzan en general para la problemática de la salud mental, pensando en la integralidad ¿no? de la persona y de su vida digna.

Alba Villalba

Hay poca información sobre cuántas personas de la diversidad psicosocial se encuentran en situación de calle. En Chile²⁰⁰ en 2021, 3,430 personas con discapacidad participaron del programa “Apoyo a las personas en situación de calle”, pero se desconocen los colectivos de discapacidad a los que pertenecían. En Colombia²⁰¹ entre 2002 y 2018 había 2,688 personas con discapacidad en situación de calle, aunque tampoco se sabe qué tipos de discapacidad. En Costa Rica²⁰² el 14% de la población en situación de calle

192 Pensión no Contributiva por Invalidez para acompañar a personas con discapacidad que se encuentren en situación de vulnerabilidad social. Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES):

193 Parra Dussan, Carlos (2019). Pensiones para personas con discapacidad en Colombia. Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas, 19(36): 25-40.

194 Parra Dussan, Carlos (2019). Pensiones para personas con discapacidad en Colombia. Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas, 19(36): 25-40.

195 Resolución del Consejo Directivo del INSS, 2019.

196 Ley N° 6648. De Jubilación ordinaria de trabajadores y trabajadoras con discapacidad en la función pública, la jubilación de los trabajadores y trabajadoras con discapacidad en grado al 33% (treinta y tres por ciento) de discapacidad en adelante, 2020.

197 Decreto de Ley N° 19990. El Gobierno Revolucionario crea el Sistema Nacional de Pensiones de la Seguridad Social (Título IV. Capítulo I).

198 R.D.N° 4-19/2013. Pensiones por vejez e invalidez. Reglamentación. 2013.

199 Esto se contempla en algunas leyes de salud mental, por ejemplo, en Argentina (Ley N° 26.657, 2010 - art. 15); en Chile (Ley N° 21.331 - art. 12); en México (Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones a la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, 2022 - art. 75); Uruguay (Ley N° 19.529, 2018 - art. 24).

200 División de Promoción y Protección Social. Solicitud de información. Folio: AI008T0002883. 21/10/2021.

201 Sala situacional de las personas con discapacidad. Ministerio de Salud y Protección Social, 2020 -datos de corte 31/12/2019
202 Política Nacional de Atención integral para personas en situación de abandono y en situación de calle. Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión social, 2016-2026.

presentó algún tipo de discapacidad: el 5% fue una discapacidad física temporal, otro 5% discapacidad mental y el otro 4% discapacidad física permanente. En México en 2020 se registraron 2,064 personas “con problema o condición mental” en vivienda “no especificada” (no era ni casa, ni departamento, ni vivienda en vecindad, ni vivienda móvil, ni refugio, ni local).

Aparte de las pensiones y la jubilación por discapacidad o por “invalidez” y los bonos de vivienda, hay otras prestaciones para las personas con discapacidad en los países revisados, como descuentos o gratuidad en el transporte, deducciones de impuestos, becas, facilidades para adquirir ayudas técnicas, descuentos en eventos culturales y servicios básicos, prioridad para entrar a programas alimentarios, entre otros. Para acceder a todas las prestaciones es necesario acreditar la condición de discapacidad y el grado por medio de un certificado, credencial o carné.

La acreditación se realiza a través de comisiones evaluadoras conformadas en su mayoría por médicos (a veces también psicólogos, asistentes sociales u otros profesionales) que determinan si la persona tiene o no una discapacidad o una invalidez y en qué porcentaje. Principalmente la acreditación se hace en función de protocolos y criterios clínicos y de funcionalidad, y en caso de no determinarse una discapacidad “permanente” suelen hacerse revisiones periódicas. El problema de esta forma de acreditación para la discapacidad psicosocial es que los criterios de evaluación se centran en la detección de síntomas y patologías, más que en las necesidades de ajustes y de apoyo, o en la detección de barreras que se enfrentan a corto o largo plazo, o en las consecuencias (también a corto, mediano o largo plazo) de la institucionalización en la vida de la persona.

Además, las personas tienen que encontrarse lo suficientemente “afectadas” según criterios médicos para poder acceder al certificado de discapacidad, pero al mismo tiempo esto supone el riesgo de que se determinen medidas psiquiátricas involuntarias o de restricción de la capacidad jurídica. Otro problema es que los prejuicios y la discriminación hacia las personas de la diversidad psicosocial dificultan que nos identifiquemos o expongamos como personas con discapacidad psicosocial o “mental”, así que esto es un obstáculo para que podamos acceder a prestaciones sociales. Igualmente, el requisito de acreditar una situación “permanente”, junto con el hecho de que se piensa que toda situación de discapacidad es siempre visible, hacen que las personas de la diversidad psicosocial no podamos acceder fácilmente a la certificación. Por lo tanto, la existencia de numerosas prestaciones sociales no asegura que nuestro colectivo pueda beneficiarse de éstas.

En las instituciones mexicanas prevalece el enfoque biomédico para identificar la discapacidad. Quienes realizan las evaluaciones para emitir certificados de discapacidad, los cuales te facilitarían acceder a ciertas medidas o programas que generen inclusión o aminoren desigualdades, siguen suponiendo que la discapacidad debe advertirse, que debe ser visible; es decir, que tengas dificultades para poder moverte por ti mismo, que no puedas ver o escuchar. Esta medicalización hace que para el caso de la discapacidad psicosocial existan dos grandes problemas. Por una parte, que debes ser usuaria de servicios psiquiátricos y estar bajo tratamiento farmacológico para poder solicitar el certificado y, por otro lado, que tu diagnóstico sea “grave” (se suelen identificar a la “esquizofrenia” y al autismo bajo estos criterios). Vemos que aun cuando la mayor parte de las personas con discapacidad psicosocial sobreviven en condiciones precarias, bajo gran dependencia y falta de oportunidades, existen filtros que excluyen a la mayor parte de este colectivo en estrategias que supuestamente buscan generar inclusión e igualdad, como sería el caso del tan mentado certificado de discapacidad.

Víctor Lizama

Yo por ejemplo nunca hubiese buscado que me validaran como persona en situación de discapacidad a través del Estado, de partida porque no hubiese podido trabajar, y segundo porque eso es un estigma muy grande. Entonces en el trabajo sí que lo oculté, a pesar de que ya estaba desinstitucionalizada cuando entré a trabajar, de todas maneras es un secreto.

Activista sobreviviente de la psiquiatría

Participación política

En los 10 países hay instituciones nacionales encargadas de implementar políticas, programas y acciones para el ejercicio de derechos. Estas instituciones no solo deben contemplar a las personas de la diversidad psicosocial en sus acciones, sino que deben asegurar la participación directa en su implementación y monitoreo. Para el diseño y la implementación de sus programas hay asambleas o consejos consultivos que hacen propuestas e intervienen en la toma de decisiones. En estas asambleas y consejos se contempla la participación de representantes de organizaciones de y/o para personas con discapacidad de distintos colectivos (por ejemplo, personas con discapacidad física, intelectual, con ceguera o sordoceguera); no obstante, no en todos se incluye específicamente a las personas de la diversidad psicosocial. Se nos contempla de manera específica en 7 países: Chile, Colombia, Nicaragua, Perú (como organizaciones de personas con discapacidad “psíquica” o “mental”), y en Costa Rica, Ecuador y Paraguay como “personas con discapacidad psicosocial”. En Argentina, México y Uruguay se contemplan las organizaciones de personas con discapacidad en general (si bien en México se busca expresamente la representación de todos los colectivos).

País	Institución	Asamblea, comité o consejo consultivo	
Argentina	Agencia Nacional de la Discapacidad (ANDIS)	Comité asesor	Integrado por organizaciones no gubernamentales de y para personas con discapacidad.
Chile	Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS)	Consejo Consultivo de la Discapacidad y Consejos Regionales de la Sociedad Civil	Incluyen 5 consejeros representantes de organizaciones de personas con discapacidad, entre ellas personas con discapacidad psíquica .
Colombia	Sistema Nacional de Discapacidad	Consejo Nacional de Discapacidad	Incluye un representante de organizaciones de personas con discapacidad mental
Costa Rica	Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad (CONAPDIS)	Junta Directiva	Incluye representantes de las organizaciones de personas con discapacidad psicosocial .
Ecuador	Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS)	Pleno del consejo	Incluye un Consejero Principal de Sociedad Civil representante de las Personas con Discapacidad Psicosocial .
México	Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad (CONADIS)	A s a m b l e a Consultiva	Integrada por 5 representantes de organizaciones nacionales de y para personas con discapacidad, tomando en consideración las diferentes discapacidades.
Nicaragua	Consejo Nacional de Promoción y Aplicación de los Derechos de las Personas con Discapacidad	Consejo Nacional de Promoción y Aplicación de los Derechos de las Personas con Discapacidad	Integra un representante del sector de personas con discapacidad mental
Paraguay	Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (SENADIS)	Comisión Nacional de Discapacidad (CONADIS)	Incluye representantes de las organizaciones de la sociedad civil de/para personas con discapacidad, entre ellas la discapacidad psicosocial .
Perú	Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS)	Consejo consultivo	Incluye un representante elegido por las organizaciones de personas con discapacidad asociada a una deficiencia mental .
Uruguay	Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS)	Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad	Incluye un delegado de cada una de las asociaciones de segundo grado de personas con discapacidad

Tabla 6. Instituciones de discapacidad y consejos consultivos. Elaboración propia.

Si bien las leyes establecen la obligación de contar con consejos consultivos que tomen en cuenta las distintas poblaciones con discapacidad, esto en la práctica no siempre se hace efectivo. Por ejemplo, en Perú, aún no se ha incluido como representantes a personas con discapacidad psicosocial, y hasta la fecha el consejo consultivo no está activo.

En Colombia²⁰³, Costa Rica²⁰⁴ y Uruguay²⁰⁵ las propias leyes explican qué se entiende por “representantes” de organizaciones de personas con discapacidad. En Colombia las “representantes” son las personas con discapacidad de su sector. En Costa Rica puede ser tanto la persona con discapacidad como padres y madres. En Uruguay también se explicita la participación directa de personas con discapacidad, a menos que “no tengan la aptitud para ejercer la representación de sus intereses” (situación en la que entrarían familiares o tutores en lugar de la persona con discapacidad).

Las instituciones y sus consejos deben siempre considerar como “representantes” a las personas con discapacidad, incluyendo a las personas de la diversidad psicosocial. También deben garantizar los ajustes y apoyos necesarios para que podamos ejercer esa autorrepresentación. De otra manera, se perpetúa la mirada paternalista que nos impide participar de manera activa en la toma de decisiones sobre las políticas que nos afectan directamente. Además, para garantizar nuestra participación en los espacios de toma de decisiones es importante detectar y eliminar las barreras explícitas e implícitas en sus propias dinámicas y convocatorias.

He participado y participo en espacios de toma de decisiones. La experiencia no es positiva porque primero hay que pensar que el porcentaje de quienes participamos en esos espacios como expertos por experiencia es ínfimo: 95% biomédico - 5% sobrevivientes, o un 3%. Entonces la capacidad de transformar el paradigma desde los términos, desde la nomenclatura, desde un montón de visiones, incluso desde la sensibilización, es muy difícil. Cuando queremos participar en estos espacios políticos hay grandes tensiones, aunque cada vez nos hacemos más fuertes porque nuestro discurso se va como ampliando y se generan ciertas grietas, pero no es todo lo que uno quisiera porque, insisto, hay muchos intereses detrás.

Lorena Berrios

En los espacios de incidencia no se toma en cuenta que hay barreras en la interacción social y el entorno que están impidiendo la participación en igualdad de condiciones a personas con discapacidad psicosocial. Muchas veces las dinámicas de discusión, o los propios espacios, dificultan que las personas con discapacidad psicosocial participen en la reflexión o en el debate. Esos espacios de incidencia suelen ser lugares donde especialistas sin discapacidad utilizan terminología y conceptualizaciones teóricas muy sofisticadas que acaban siendo poco comprensibles. Es una paradoja que en espacios donde se exigen derechos de personas con discapacidad psicosocial, la discusión la dominen personas sin discapacidad (académicas, abogadas, expertas en disciplinas psi) que bajo lógicas capacitistas y cuerdistas, terminan colocando a quienes han vivido la violencia, los abusos y exclusión en un rol meramente decorativo, solo como avales de sus discursos e intereses. Por otra parte, como resultado del desempoderamiento y falta de toma de conciencia y agencia, la mayor parte de las personas con discapacidad psicosocial no se ven como sujetas activas en procesos de transformación social, lo cual limita que busquen formarse para cuestionar la discriminación y violación de derechos que puedan enfrentar cotidianamente.

Víctor Lizama

203 Ley 1145. Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones, 2007.

204 Ley N° 9303. Ley de Creación del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad, 2018.

205 Ley N° 18.651. Protección Integral de Personas con Discapacidad, 2010.

IV CONSTRUYENDO ALTERNATIVAS

Lo que describimos hasta ahora muestra cómo nuestros derechos siguen siendo vulnerados de manera estructural y sistemática por los Estados y la sociedad en general (a través de los prejuicios, la discriminación, la violencia psiquiátrica, la exclusión social y las propias leyes). A todo esto, le podemos llamar *cuerdismo* (un tipo de opresión estructural que consiste en un conjunto de prácticas e ideologías que presuponen la superioridad de los pensamientos, prácticas y experiencias cuerdas sobre las de las personas locas²⁰⁶, que por lo tanto genera discriminación y distintas formas de violencia institucional).

Por eso, desde hace años nos hemos estado organizando entre personas de la diversidad psicosocial, y con personas u organizaciones aliadas, para construir alternativas en la región²⁰⁷. Nos hemos organizado en distintos ámbitos, por ejemplo, para la autoformación y la divulgación del conocimiento; para promover el arte y las culturas locas; para la incidencia en la comunidad; para la generación cooperativa de recursos económicos; para la incidencia en el ámbito legal y el ejercicio de la capacidad jurídica; y para crear espacios de autogestión (ya sea para atravesar el malestar o como espacios seguros para la vivencia de la locura).

4.1. Autoformación y divulgación del conocimiento

La información que recibimos sobre la diversidad psicosocial suele estar reducida al discurso médico (p.ej. a la identificación de “síntomas” y a buscar su eliminación). Esta información casi siempre es insuficiente, sesgada, o no nos explica nada sobre nuestros derechos como personas usuarias del sistema de salud mental. En general las respuestas se reducen a la medicalización y la hospitalización, además de actuar frecuentemente en contra de nuestra voluntad.

Ante esto, algunas iniciativas de autoformación teórica, política y de derechos en la región (diseñadas, coordinadas y realizadas por personas de la diversidad psicosocial y aliadas) son la Escuela Popular Loca de la iniciativa A.L.C.E - Abolición de lógicas de castigo y encierro²⁰⁸ (Colombia); los talleres del colectivo Orgullo Loco²⁰⁹ Chile y el Centro de Estudios Locos²¹⁰ también en Chile; los conversatorios de la Redesfera²¹¹ y del Círculo de feminismo loco latinoamericano. También se desarrolló la “Escuela de Otoño sobre discapacidad psicosocial y cultura loca” de la agrupación SinColectivo en México. Los temas que se abordan pueden ser muy diversos (derechos humanos, problematización del estigma y la discriminación, violencias psiquiátricas, justicia disca, arte y cultura loca, entre otros). Además, han surgido distintos blogs con recursos y materiales relacionados con los derechos de las personas de la diversidad psicosocial, como Rompiendo la Etiqueta²¹².

Los derechos no son una narrativa instalada en el dispositivo médico. El único derecho que yo recuerdo que me dijeron que tenía era que el Estado podía financiar mi tratamiento psiquiátrico. La información que he obtenido de mis derechos ha sido de manera autónoma, por fuera del dispositivo. En el movimiento loco, no en otra parte, fue en el lugar donde yo conocí que existía una Convención Internacional de personas en situación de discapacidad, que yo no tenía idea que existía. Fue específicamente en Perú, ahí la conocí por primera vez, hace 4 o 5 años. Fue hace muy poco que yo conocí que sí había derechos.

Activista sobreviviente de la psiquiatría

206 Antropóloga Trastornada (2020). Cuerdismo. Rebelión Feminista. Disponible en: <https://rebellionfeminista.org/2020/07/21/cuerdismo/>

207 Estas son alternativas en constante construcción, revisión y transformación. Realizamos una descripción orientativa a partir de nuestras propias experiencias, las entrevistas, y la búsqueda de información. La construcción de alternativas en la región es seguramente más amplia de lo que aquí reflejamos. Priorizamos los proyectos e iniciativas colectivas y autogestionadas por personas de la diversidad psicosocial o donde tenemos espacios de representación y/o de coordinación. No dejamos de reconocer la incidencia y el activismo realizado de manera individual o colectiva por muchas más personas de la diversidad psicosocial y aliadas en la región.

208 <https://www.instagram.com/iniciativa.alce/?hl=es>

209 https://www.instagram.com/orgulloloco_chile/?hl=es

210 <https://es-es.facebook.com/Centrodeestudioslocos/>

211 <https://www.redesfera.org>

212 <https://rompiendolaetiqueta.com/>

Nuestros derechos como personas locas fue que los descubrí después, cuando quise hacer una cooperativa de vivienda en la radio, le íbamos a poner “Coopevilardevoz” y bueno se inició y busqué ayuda y me dijeron: “Vos estás loca, ¿cómo vas a hacer una cooperativa de locos?” Y digo: “Claro que estoy loca, obviamente...”

Alba Villalba

Sí me he sentido discriminada en algún momento. No algo que me haya causado conmoción o problema, porque ya la preparación y las informaciones que nos dieron me daba un poco quizás de fortaleza para poder darme cuenta y entender y no permitir que eso baje mi alto grado de estabilidad emocional.

Activista de la diversidad psicosocial

4.2. Arte y culturas locas

A través del arte y la cultura también se han generado formas de cuestionar o denunciar las violencias en salud mental y reivindicar el respeto de nuestras vidas. Además, la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte también es un derecho protegido por la CDPD (art. 30) y muchas veces la esfera cultural mantiene un paradigma excluyente o segregador de la diversidad psicosocial. Ante esto, algunos de los proyectos colectivos de arte y cultura en la región han sido Toloache - Red Artística de Locura Feminista Antirracista²¹³; los fanzines del Círculo de feminismo loco latinoamericano²¹⁴; y los fanzines de la Fundación Tecla²¹⁵. En Chile está el documental “El Dolor Invisible”²¹⁶ sobre las consecuencias del capitalismo en la salud mental y resistencias feministas ante esto. También en Chile existe el proyecto artístico y de protesta “La Histeria es Colectiva”²¹⁷. En Argentina se ha desarrollado un proyecto de Teatros Accesibles para construir espacios de acceso a la cultura, que cuenta con la participación de activistas de la diversidad psicosocial²¹⁸.

Yo diseñé el concurso, entonces en el diseño le di la misma importancia a pictogramas en los teatros, braille, lengua de señas, rampas, baños adaptados, antesalas libres de ruidos molestos (que a loques les puede llegar a alterar mucho). El reconocimiento fue genuino, la gente cree que soy loco, neurodivergente, con discapacidad psicosocial, pero el reconocimiento fue a mi saber cómo gestor cultural, como una persona que ha transitado la cultura, que ya tiene una trayectoria en la cultura.

Alan Robinson

4.3. Incidencia en la comunidad

Siguiendo la metodología de las Radios Libres, las Radios Locas²¹⁹ han permitido que personas de la diversidad psicosocial tengan una incidencia activa en la comunidad. Algunas Radios Locas son autogestionadas, otras se llevan a cabo desde las instituciones psiquiátricas y otras han derivado en colectivos de lucha²²⁰. En nuestra región, hay radios como Radio La Colifata²²¹ (Argentina), Radio Estación Locura²²² (Chile), Podemos Volar²²³ (Costa Rica), Radio Abierta²²⁴ (México), Radio Descosidos^{225 226} (Perú), Radio Vilardevoz²²⁷ (Uruguay), entre otras. A través de la figura del “desembarco”, en Radio Vilardevoz se ha realizado una reapropiación de la expulsión histórica y social de las personas locas. El “desembarco” consiste en transmitir desde las voces locas en distintas comunidades.

213 <https://toloachearteylocura.wixsite.com/toloache/blog>

214 <https://campsite.bio/feminismolocolatino>

215 Fundación Integral Comunitario Tecla: <https://bit.ly/3GWVxd7>

216 <https://www.facebook.com/eldolorinvisible/>

217 <https://www.instagram.com/lahisteriaescolectiva/?hl=es>

218 Se puede consultar este canal para más información sobre Culturas Locas: https://www.youtube.com/playlist?list=PLNh_SjkUQjS4CzMNZCnv0yflTKTHMEcW7.

219 En 2016 Tonatiuh Kinich Guarneros García realizó un mapeo y análisis más amplio de las radios locas en Latinoamérica en el estudio: Identidades disidentes: enfrentamiento al estigma y resignificación de una identidad asignada a la enfermedad mental. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

220 Redacción Mad in Spain (2017). Radios Locas. Disponible en: <https://madinspain.org/radios-locas-redaccion-mad-in-america-hispanohablante/>

221 <https://lacolifata.com.ar/>

222 https://www.instagram.com/radio_estacion_locura/?hl=es

223 <https://radios.ucr.ac.cr/programa/radio-u/podemos-volar/>

224 <https://emisoras.com.mx/abierta/>

225 <https://soundcloud.com/colectivo-descosidos-comunicaci-nysalud-mental>

226 Ponce de León Muriel, José Carlos (2015). Radios descosidos: una experiencia en salud mental comunitaria con usuarios de un hospital especializado de Lima. Tesis de Maestría en Psicología Comunitaria. Pontificia Universidad Católica del Perú.

227 <http://vilardevoz.blogspot.com>

La figura del “desembarco” es llevar los equipos a transmitir desde ese lugar, y bueno, en esa casa comunitaria donde convergen todas las problemáticas, y todas las formas, y todas las franjas etarias, y tantos juegos, y tanto al hacer... A diferencia de las naves donde se depositaba a lxs lxs en la antigüedad, nuestro desembarco sí tiene puerto, y son la radio, los derechos humanos y la vida digna con atención en la comunidad.

Alba Villalba

4.4. Generación cooperativa de recursos económicos

Las políticas de inclusión laboral no han sido completamente efectivas para nuestro colectivo. Además, sabemos que aun si se nos “incluye” en el sistema laboral normalizado, nuestras necesidades no siempre serán respetadas, o continuará siendo un sistema injusto. También es muy probable que sigamos recibiendo tratos paternalistas o centrados en el modelo médico-rehabilitador. Por eso, otra de las iniciativas que se han organizado en la región son las cooperativas gestionadas por las propias personas de la diversidad psicosocial y personas aliadas para facilitar y distribuir la obtención de ingresos económicos. Algunos ejemplos actualmente activos son la Locooperativa^{228,229} en Chile, Huerto Manías²³⁰ en Ecuador, y la iniciativa: Delicias La Gloria. Cooperativa de inclusión laboral a la salud mental, en México.

4.5. Ámbito legal y ejercicio de la capacidad jurídica

Ante las dificultades del sistema legal para identificar y eliminar las barreras que nos afectan como colectivo, se han desarrollado distintos proyectos. En Colombia, A.L.C.E. - Abolición de lógicas de castigo y encierro, ha iniciado acciones de defensa ante contextos de encierro. Otra iniciativa es la figura de personas Facilitadoras de Justicia, que brinda asesoría e información para la identificación y disminución o eliminación de barreras que nos afectan en el ámbito jurídico. En México la organización Documenta, A.C. cuenta con un programa específico para el acompañamiento de personas con discapacidad psicosocial²³¹.

En Perú, la organización SODIS²³² tiene una Guía de Promoción de Redes de Apoyo para la Toma de Decisiones y el Ejercicio de la Capacidad Jurídica.

Desde mi trabajo como facilitador de justicia he adquirido mayor conciencia de la importancia del acompañamiento como forma para generar vínculos y superar barreras discriminatorias, para cualquier persona, pero particularmente para personas con discapacidad psicosocial. Las barreras a las que nos enfrentamos las personas con discapacidad psicosocial son consecuencia del cuerdismo y las lógicas manicomiales, lo cual me permitiría identificarlas como barreras de orden psicosocial. Estas barreras no son tan evidentes y están naturalizadas por la dinámica social. En muchos sentidos, son barreras relacionadas con desbalances de poder. Desde mi experiencia, si el acompañamiento se construye desde el consentimiento informado, la horizontalidad y reconociendo a quien se asiste como sujeta de derechos, el acompañamiento empodera. Hay aspectos políticos, es decir, relacionados con el poder, en el entorno, en la forma en que está organizada la sociedad, en las interacciones sociales, que no son tan evidentes, y cuando tienes un acompañamiento experto que identifica esas barreras, hay más posibilidades de superar, o por lo menos enfrentarlas.

Víctor Lizama

228 <https://www.facebook.com/Loocooperativa/>

229 Cea Madrid, Juan Carlos (2021). “Cooperativismo loco”: trabajo, comunidad e inclusión laboral en salud mental. Cuadernos de Relaciones Laborales, 39(1): 113-131.

230 <https://www.instagram.com/huertomanias/?hl=es>

231 En Costa Rica y Chile también hay protocolos estatales que han contemplado esta figura.

232 SODIS. Sociedad y Discapacidad: <https://sodisperu.org/>

4.6. Feminismos locos

Si bien históricamente el movimiento feminista ha promovido procesos de justicia social, en general las personas de la diversidad psicosocial no hemos estado presentes como parte de las reivindicaciones. Actualmente, dentro de los propios espacios feministas también se reproducen violencias cuerdistas y capacitistas, que limitan nuestra vinculación con dichos espacios y los recursos o condiciones necesarias para ser validadas en éstos. Dicho de otro modo, aún no existimos como colectivo para las agendas del movimiento feminista. Por eso nos interesa dar continuidad a la construcción de unos *feminismos locos* en los que nuestras demandas sean reivindicadas.

Sabemos que el *cuerdismo* no es algo que vivimos por sí solo. En la sociedad existen otras desigualdades y violencias estructurales que también nos atraviesan. Muchas veces, esas mismas formas de desigualdad o de violencia estructural y sistemática son las que nos llevan a experimentar malestar subjetivo, que después es reducido a un “desequilibrio bioquímico” y castigado a través de la institucionalización psiquiátrica. Reconocer todo esto también es parte de nuestra lucha²³³.

Algunas colectivas o proyectos feministas que se han organizado en la región para intentar hacer frente al cuerdisto, el patriarcado, el cisheterosexismo, el racismo, el capitalismo, el edadismo y otras formas de opresión que se reproducen en el sistema de salud mental, en la sociedad en general, y a veces también al interior del movimiento feminista y del colectivo de personas de la diversidad psicosocial, son por ejemplo: No es lo mismo ser loca que loco²³⁴; el Círculo de Feminismo Loco Latinoamericano²³⁵; la Colectiva Locura Feminista²³⁶; La Histeria es Colectiva²³⁷; o TOLOACHE-Red Artística²³⁸ de Locura Feminista Antirracista. También el documental “El Dolor Invisible” muestra una perspectiva feminista y crítica en salud mental²³⁹.

233 Algunos estudios relacionados con este tema:

- Lola Perla (2022). Feminismos de las locuras. Descolonización artística antirracista de la salud mental y del Art Brut feminista. Tesis de maestría. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México.
- Guzmán Martínez, Grecia (2022). Hacia una democratización del conocimiento del malestar y la locura desde las epistemologías feministas: ciencia encarnada y políticas de la resistencia en el contexto contemporáneo de la salud mental. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Luna Magnolia (2020). Feminismo loco: un lugar en construcción. Disponible en: <https://amarantas.org/2020/06/30/feminismo-loco-un-lugar-en-construccion/>
- Castillo, Tatiana. (2019). De la locura feminista al ‘feminismo loco’. Hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea. Investigaciones feministas. (10) 2, 399-416. doi:10.5209/infe.66502
- Chamberlin, Judi (1975). Women’s Oppression and Psychiatry Oppression. En Smith Dorothy E. & David Sarah J. Women look at psychiatry. Press Gang Publishers: Vancouver (Traducción disponible en: <https://www.lalokapedia.com/post/la-opresi%C3%B3n-de-las-mujeres-y-la-opresi%C3%B3n-psiqui%C3%A1trica>).
- 234 <https://locurafeminista.wordpress.com/>
- 235 <https://campsite.bio/feminismolocolatino>
- 236 <https://www.facebook.com/clocurafeminista/>
- 237 <https://www.instagram.com/lahisteriaescolectiva/?hl=es>
- 238 <https://toloachearteylocura.wixsite.com/toloache/blog>
- 239 <https://www.facebook.com/eldolorinvisible/>

4.7. Espacios de apoyo y de cuidados

Los espacios de seguridad para atravesar o vivir la locura y/o el malestar son parte de las necesidades de nuestro colectivo. Una de las alternativas en distintas partes del mundo han sido los grupos de apoyo mutuo. En general se basan en la reciprocidad y en el intercambio de las propias experiencias, para así compartir o generar recursos y estrategias. Estos grupos pueden ser tanto para la gestión colectiva del malestar, como para hacer frente a las violencias en salud mental y la toma de conciencia colectiva de las discriminaciones y los derechos. Consisten en reuniones periódicas entre varias personas que comparten sus saberes como expertas por experiencia. Generalmente no incluyen y no están dinamizados por profesionales de la salud mental, precisamente porque se basan en la reciprocidad y en disminuir las jerarquías con respecto a la salud mental entre las personas que participan. Algunos GAM en la región son el GAM Buenos Aires; Locos por nuestros derechos²⁴⁰ o Autogestión Libremente²⁴¹ en Chile; los GAM de A.L.C.E. en Colombia; o el colectivo Chuhcan²⁴² en México; o el GAM Uruguay. También ha habido iniciativas colectivas de denuncia, construcción de conocimiento, y reivindicación de derechos desde Orgullo Loco Buenos Aires²⁴³ Orgullo Loco Costa Rica,²⁴⁴ la Red Orgullo Loco México²⁴⁵, o la Colectiva Locura Feminista en Perú. Entre otras cosas, este tipo de espacios permiten que las propias personas de la diversidad psicosocial reconozcamos y diseñemos las respuestas a las necesidades que podamos tener y que por lo mismo puedan ser respetadas.

De esos espacios valoro el cariño, las formas afectivas, yo aprendí hartito a comunicarme en otros lenguajes también, que antes no los tenía... como ver otros tiempos... ver el dolor como algo más cotidiano y como algo que está pasando, pero no desde el trauma. Creo que en esos espacios igual he aprendido mucho a no ver a las personas como víctimas, a pesar de que reconozco que somos víctimas. Y yo creo que en eso me ayudó mucho el movimiento loco.

Activista sobreviviente de la psiquiatría

En momentos de crisis me gustaría que me dejen sola, que me dejen en paz, así, ¡por favor! ¡ya! (risas), porque ya más o menos sé yo misma, cómo tratarme ¿no? Creo que tengo suficiente conocimiento de socorrerme, a mí misma, y también por la experiencia de que tengo red de apoyo, de personas que han estado en crisis, y sólo quiero que me escuchen en caso de que quiera hablar ¿no? y que no me vulneren y me juzguen. Sí, creo que eso... En decisiones de la vida, para mí yo decido, yo decido por mi vida, mi cuerpo, mis cosas.

Ale Álvarez

Me encantaría que hubiera lugares a nivel internacional que sean también administrados por nosotres, quienes hemos sobrevivido a estas instancias de psiquiatrización y que pudiéramos quizás ir ahí a pasar un rato unos días para ordenar las ideas. Y yo en mi caso eso siento, me encantaría que en esos momentos alguien me diera un espacio solamente para estar en silencio y oírme, no quiero que me hablen. Cuando hay muchas cosas alrededor, incluso tratando de gestarme ánimos, terapia, o lo que sea, me bloqueo mucho más. Entonces esto es como mi proceso de autocuidado personal, y esto es lo que me encantaría que ocurriera conmigo. Estar en un lugar quizás bastante aislado de todo, de tecnología, y estar en silencio. Y solo por los días que necesite. Quizás solo voy a necesitar dormir 24 horas y luego caminar y ya, voy a estar bien. Necesito los silencios de les otros para que yo me oiga.

Lorena Berrios

240 <https://www.facebook.com/Locospornuestrosderechos/>

241 <https://m.facebook.com/people/Autogesti%C3%B3n-Libre-Mente/100080140522686/>

242 <https://colectivochuhcan.webnode.mx/>

243 <https://www.facebook.com/orgullolocoba/>

244 "A desmanicomializar y liberar la locura: con lxs compañerxs del programa radial Podemos Volar, Orgullo Loco y Me pasó en el HCP: <https://nube.yanapak.org/index.php/s/FFxTDcMtBcq77YF>"

245 <https://www.facebook.com/OrgulloLocoMx/>

V CONCLUSIONES

La firma y ratificación de la CDPD en todos los países que forman parte de este informe ha sido un paso importante, pero sus principios aún no se llevan a la práctica, especialmente para las personas con discapacidad psicosocial. Esto tanto a nivel legislativo como a nivel de participación social, concientización, protección de la integridad personal y desinstitutionalización.

A nivel legislativo existen contradicciones entre las leyes de discapacidad, de salud y de salud mental, civiles y penales. Las leyes de discapacidad, al alinearse con la CDPD, establecen una mayor garantía de derechos en igualdad de condiciones. Pero las leyes de salud mental establecen excepciones en el consentimiento libre e informado (p.ej. permiten el internamiento involuntario, no permiten la participación de las personas usuarias y las organizaciones que las representan, mantienen un enfoque médico-rehabilitador, entre otras cosas). La legislación civil de la mayoría de los países establece excepciones para el ejercicio de la capacidad jurídica. La legislación penal establece excepciones en el acceso a la justicia. Todo esto implica que la CDPD aún no se haya llevado por completo a la práctica para nuestro colectivo. Por eso, una de las acciones que tienen que realizar los Estados para implementar efectivamente la CDPD es armonizar las legislaciones y garantizar que se harán efectivas. También es importante considerar que la categoría de “discapacidad psicosocial” es una estrategia jurídica creada por organizaciones de personas usuarias y sobrevivientes de la psiquiatría para hacer efectivo el modelo social y de derechos para nuestro colectivo (no para perpetuar el predominio del modelo médico-rehabilitador y las vulneraciones de derechos).

A nivel de concientización, la falta de información libre de prejuicios y estereotipos sobre las personas de la diversidad psicosocial, así como la falta de información sobre nuestros derechos, son algunos de los factores que impiden el pleno ejercicio de la ciudadanía. En la sociedad civil, las defensorías de derechos humanos, los medios de comunicación y las instituciones, continúan presentes prejuicios como el de la peligrosidad, la vaguería, la incapacidad, el “no poder”, el “no entender”, entre otros. Esto lleva a la sustitución en la toma de decisiones y a situaciones de discriminación cotidianas (p.ej. en las propias familias o en el acceso a ajustes razonables y de procedimiento, o en la implementación de medidas afirmativas en el empleo, educación, salud, justicia, participación política). También lleva a situaciones de violencia institucional que van de las medidas de seguridad a los internamientos forzosos y otras prácticas que pueden equivaler a tortura.

La falta de registro estadístico en la gran mayoría de los países también perpetúa situaciones de desprotección social porque se desconoce si estamos o no accediendo a distintos ámbitos (y si no es así por qué, y qué se debe hacer al respecto). Es necesario que existan procesos de recopilación de información y de datos, así como de formación y concientización, en los que participen activamente personas de la diversidad psicosocial.

Nuestros derechos y la información sobre nuestro colectivo se siguen centralizando en el ámbito de la salud mental, y éste sigue comprendiéndose sobre todo desde la medicalización, la rehabilitación y el modelo hospitalocéntrico. Los intentos de implementar el modelo comunitario en salud mental han reproducido en gran parte las prácticas de la violencia institucional de la psiquiatría tradicional (como el paternalismo, la falta de consentimiento y/o de información sobre nuestros derechos, la coerción, entre otras cosas). El modelo comunitario se ha llevado a la práctica más desde el establecimiento de servicios psiquiátricos ambulatorios, que desde acciones para la salud mental que hagan partícipe a la comunidad y que vayan más allá del modelo médico-rehabilitador.

Nuestros derechos y nuestras vidas no pueden ser comprendidas casi exclusivamente desde el paradigma de la rehabilitación, ya sea médica o psicosocial. La recuperación no es sinónimo de “rehabilitación”. La recuperación implica mantener un proyecto de vida y el ejercicio de derechos en un amplio marco de justicia social. El ejercicio de derechos no debe entenderse como algo que ocurre luego de que se comprueba médicamente “la cura”, la “rehabilitación” o “la ausencia de síntomas”. El ejercicio de derechos es una condición de posibilidad para que ocurran los “procesos de recuperación” (es decir, para que se pueda mantener un proyecto de vida).

Sabemos que no todas las personas de la diversidad psicosocial cuentan con recursos y redes de apoyo, lo cual muchas veces lleva a la institucionalización y a exponerse a otras formas de violencia. Precisamente por eso buscamos ampliar nuestras luchas como movimiento hacia la justicia social más allá del sistema psiquiátrico. Los procesos de recuperación implican tener una vida digna. En las legislaciones de los países revisados, la discapacidad psicosocial continúa entendida como un fenómeno siempre visible, permanente y cuantificable en términos médicos y/o psicopatológicos. Estos criterios pueden afectar al ejercicio de derechos, la participación y la protección social de nuestro colectivo. A veces, la diversidad psicosocial no es visible y las necesidades de apoyo son temporales o son intermitentes, pero requieren igualmente de ajustes que respondan a esa temporalidad. Además, muchas veces lo que se valora como características visibles y permanentes de la discapacidad psicosocial son en realidad las consecuencias de la sobremedicación, la institucionalización y los procesos de cronificación psiquiátrica, que en sí mismas constituyen una barrera y una vulneración de derechos. Es necesario revisar la forma en la que se valora administrativamente la diversidad psicosocial y que no se condicione a criterios biomédicos ni trámites burocráticos que supongan un obstáculo para que participemos en igualdad de condiciones en cualquier ámbito. De otra manera, la certificación de discapacidad, lejos de ser un apoyo, constituye una barrera.

En empleo y educación inclusiva hay una amplia legislación que protege los derechos de las personas con discapacidad, pero en muchos casos no se hace efectiva para las personas de la diversidad psicosocial. A veces enfrentamos barreras por otros motivos además de la diversidad psicosocial y esto genera situaciones de exclusión particulares a las que también hay que atender. Es necesario que exista información específica sobre las barreras que enfrentamos para que se diseñen o adecuen los entornos de una manera que responda nuestra situación. También es necesario registrar, valorar y actualizar periódicamente la implementación de las medidas que se están llevando a cabo. Esto también aplica para los espacios de participación e incidencia política, donde muchas veces las barreras no visibles (como actitudinales, organizacionales o normativas) son las que no permiten o dificultan la participación y autorrepresentación de las personas de la diversidad psicosocial. Es necesario que se promueva y se haga efectiva la participación activa y la autorrepresentación de nuestro colectivo en los espacios de toma de decisiones.

Ante este panorama en la región, estamos construyendo alternativas. Algunas son solo entre personas de la diversidad psicosocial y otras son proyectos con personas u organizaciones aliadas. Unos ejemplos son los grupos y redes de apoyo mutuo; las organizaciones para la incidencia política y en la comunidad; las organizaciones para el acceso a la justicia; la autoformación y divulgación de conocimiento; las cooperativas; la organización desde el arte y la cultura; entre otras.

La diversidad psicosocial es una cuestión de derechos. Por lo tanto, implica no solo (e incluso no necesariamente) al sector sanitario, sino a todos los ámbitos de participación social, a la comunidad y a la sociedad civil. Ante la larga historia de violencia psiquiátrica e institucional, de estigma, de discriminación y de segregación de nuestro colectivo, también implica la reparación (que incluye entre otras cosas el reconocimiento del daño, la garantía de no repetición, la compensación y la restitución de derechos). En todos los ámbitos y procesos donde se diseñen, se investiguen y se tomen decisiones que nos afectan, tenemos que estar presentes. Nuestras perspectivas son las que tienen que diseñar las rutas de acción. Nada sobre nosotros sin nosotros.

VI ANEXOS

Tabla 1. Instituciones de defensoría y líneas de trabajo relacionados con la diversidad psicosocial

País	Instituciones	Mecanismos, órganos o líneas de trabajo que tienen relación con la diversidad psicosocial
Argentina	Defensoría del Pueblo (área de Grupos Vulnerables)	Inclusión de las personas con discapacidad
		Personas privadas de la libertad
	Ministerio Público de la Defensa	Órgano Nacional de Revisión en Salud Mental
Chile	Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH)	No se especifica línea sobre discapacidad o en salud mental, pero se incluyen en algunos de sus informes
Colombia	Defensoría de Pueblo	No se especifica línea sobre discapacidad o en salud mental, pero se incluyen en algunos de sus
Costa Rica	Defensoría de los Habitantes	No especifica línea sobre discapacidad o en salud mental, no obstante, se incluyen en algunos de sus
Ecuador	Defensoría de Pueblo	Mecanismo Nacional para el Monitoreo de los Derechos de las Personas con Discapacidad
		Mecanismo de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos y Degradantes
México	Comisión Nacional de Derechos Humanos	Dirección General de Atención a los Derechos de las Personas con Discapacidad
		Mecanismo de Prevención de la Tortura
Nicaragua	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos	Procuraduría Especial de las Personas con Discapacidad
Paraguay	Defensoría del Pueblo. Derechos Humanos. Derechos de Todos	No especifica línea sobre discapacidad o en salud mental, pero ha realizado acciones de capacitación sobre discapacidad y sobre salud mental.

Perú	Defensoría del Pueblo	Mecanismo Independiente para promover, proteger y supervisar la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad -
Uruguay	Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH)	Equipo de Referencia Temático sobre la Discapacidad, para establecer mecanismo de
		Salud Mental Ley 19.529 (para la defensa y promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales y especialmente de aquellas que sean hospitalizadas)
		Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) – Privación de libertad por salud mental

Tabla 2. Leyes generales que establecen la no discriminación por motivos de discapacidad, ajustes razonables, medidas afirmativas, acciones de concientización o formación, y su supervisión

País	Ley	Prohíbe la discriminación	Ajustes razonables	Medidas de acción afirmativa	Promueve la concientización o sensibilización	Organismos o mecanismos que supervisan o sancionan el incumplimiento
	Ley N° 26.657. Derecho a la protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias., 2010.	Art. 7°; i)				Órgano de Revisión (Ministerio Público de la Defensa)

Argentina	Ley 23.592. Adóptense las medidas para quienes arbitrariamente impidan el pleno ejercicio de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional, 1988					Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)
	Ley 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con	Art. 1	Arts. 8; 24; 27	Art. 7; 27; 43	Art. 62°	Las infracciones a esta ley se presentan ante el juez de la policía local (art. 57)
Chile	Ley Nº 21.331. Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de	Art. 3; c)				Las infracciones a la ley pueden ser reclamadas según la Ley 20584 que regula las prestaciones de
	Ley 20.609. Establece medidas contra la discriminación, 2012.	Arts. 1 y 2				Los actos de discriminación arbitraria se denuncian ante el juez de letras del domicilio de la persona afectada o de la responsable de la

Colombi a	Ley 1.618. Establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad,	Art. 1	Arts. 1; 5; 14; 18; 21	Art. 1	Art. 11, 4. i)	Crea un mecanismo independiente para la promoción, protección y supervisión del ejercicio defectivo de los
	Ley N° 1.616. Por medio de la cual se explide la ley de salud mental y se dican otras disposiciones, 2013	Art. 6.-9			Art. 8	Crea el Consejo Nacional de Salud Mental (art. 29). El control de la atención integral en salud mental está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Direcciones
	Ley 1725 de 2015. Por medio de la cual se modifica la Ley 1482 de 2011, para sancionar penalmente la discriminación contra las personas con	Arts. 1 y 134B				Establece sanción en prisión de 12 a 36 meses y multa de 10 a 15 salarios mínimos (art. 134A) por discriminación

Costa Rica	Ley N°7600. Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, 1996	Art. 3.- c) y d)	Establece "Equiparación de oportunidades" (art. 2) como proceso de ajustes. También adaptaciones y servicios de apoyo	Establece la creación de medidas institucionales para evitar la discriminación (art. 60)	Art. 59	Las instituciones deben adoptar las sanciones pertinentes en sus reglamentos internos (art. 60)
Ecuador	Ley 796. Ley Orgánica de Discapacidades. 2012	Arts. 3 y 4	Establece adaptaciones en educación (sección 3°); vivienda (art. 57) y transporte (disposición transit	Art. 17		La Defensoría del Pueblo es el órgano competente para realizar procesos administrativos de denuncia ante la discriminación (art. 102)

	Constitución Política del Ecuador	Art. 11.- 2		Art. 11.- 2		Los derechos y garantías serán de directa e inmediata aplicación por y ante cualquier servidora o servidor público, administrativo o judicial, de oficio o a petición de
México	Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2011	Arts. 2 (XIV), 4, 5	Art. 2 (II)	Art. 4	Arts. 7 (VII); 11 (VI); 30	Las sanciones se establecen conforme la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, y otros ordenamientos (art. 60)
	Ley General de Salud de 1984	Arts. 185bis (II) y 74 Ter.	Art. 51bis 1		Arts. 73 (IV) y 73bis (III).	Secretaría de Salud y entidades de su sector
	Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación	Cap. II - Art. 9 (XXIX)	Cap. II - Art. 9 (XXII)	Cap. III	Arts. 15 Sextus (IV); 20 (XXXVIII) y XI)	Dirección General Adjunta de Quejas del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) (Sección 3°)

Nicaragua	Ley 763. Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2011	Arts. 1; 3; 5; 25; 33; 51	Contempla la "Equiparación de oportunidades" como proceso de ajuste del	Contempla medidas de apoyo (arts. 35 y 57)	Arts. 2; 47; 70.- 5	Establece sanciones administrativas por la autoridad de cada ámbito de competencia (art. 84)
	Ley 650/2008. Ley De Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades	Art. 7				
	Decreto N° 10514 Por el cual se reglamenta la Ley N° 4720/2012 "Que crea la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad	Art. 4, h)	El Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad (2015-2030) contempla la implementación de ajustes razonables, medidas de acción afirmativa y promoción a nivel nacional sobre los derechos de las personas con discapacidad para la sensibilización y la lucha contra los estereotipos. Incluye la			CONADIS, SENADIS, Gobernaciones, Municipalidades.

Paraguay	Ley 6.667. Que promueve la implementación permanente de campañas masivas de difusión y sensibilización de los derechos de las personas con discapacidad y todo aquello relacionado con la inclusión de las mismas				Art. 1	Establece multa económica por incumplimiento. Sanciona la autoridad de aplicación: Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad; y Comisión Nacional de Telecomunicacion
	Ley 29973. Ley General de la Persona con Discapacidad 2012 y Reglamento, 2017	Arts. 3; 4. 1b; 8; 12; 26; 28	Arts. 8; 9; 37; 38; 48; 50; 52	Art. 8	Art. 13.4	La entidad competente para conocer y aplicar infracciones por incumplimiento es el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), además de cada sector y nivel de
Perú	Ley N° 30.947. Ley de Salud Mental, 2019	Arts. 3.2; 8; 17.4; 34; 35	Art. 2.12			El Ministerio de Salud monitorea la política de salud mental y la supervisión del pleno respeto a los usuarios (art.
	Ley 27270. Ley Contra Actos de Discriminación, 2004	Art.				Establece penas como servicios a la comunidad, inhabilitación o

Argentina	<p>Resolución S.E. N° 07/2022. Psicocirugías. Órgano Nacional de Revisión en Salud Mental del Ministerio Público de la Defensa.</p>	<p>Se describen neurocirugías realizadas a 2 personas. Se resuelve que constituyen una grave vulneración de derechos humanos</p>
	<p>Resolución S.E. N° 15/2014. Muerte en Instituciones Monovalentes de Salud Mental. Órgano Nacional de Revisión en Salud Mental del Ministerio</p>	<p>Se registran numerosas muertes en hospitales monovalentes entre el 2000 y el 2010</p>
	<p>Noticias de prensa sobre muertes durante la hospitalización psiquiátrica o durante el traslado de la persona (años 2020, 2021, 2022)</p>	<p><u>“Mujere paciente psiquiátrico tras ser sedad por ataque a la policía”</u>. Santa Fe Plus <u>“Investigan mala praxis en una clínica psiquiátrica: una joven recibió calmantes, se desplomó y murió”</u>. TN <u>“Horror en La Plata: una clínica reportó la muerte natural de un paciente, pero lo asesinaron. Río Negro</u> <u>“Horror en un psiquiátrico de Santa Fe: un paciente murió incendiado mientras estaba atado de pies y manos”</u>. Infobae <u>“Hospital borda: cuando la vida no vale nada”</u>. CELS <u>“Clínica no habilitada: cuatro personas murieron en un incendio en Pilar”</u>. Página 12 <u>“Investigan la muerte de un paciente psiquiátrico”</u>. El Siete TV <u>“Muerte en el Hospital Borda: un</u></p>
<p>Datos del Hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Jefe de la Unidad de Gestión de Cuidado. Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Norte. Ministerio de Salud Solicitud de información. Folio</p>	<p>En el año 2020 hubo 649 ingresos involuntarios bajo la modalidad de “hospitalización administrativa”. Cuenta con protocolo para la realización de contenciones físicas. No se aportan datos y refiere no contar con medidas ni salas de aislamiento</p>	
<p>Estudio sobre Salud mental en Chile, 2021 (CIMUNIDIS)</p>	<p>Ha reportado un alto número de hospitalizaciones involuntarias que afectan en mayor medida a hombres</p>	

	Ley 28.867 que modifica el artículo 323° del Código Penal	323				inhabilitación o privación de la libertad según el caso (art. 323)
Uruguay	Ley N° 18.651. Protección Integral de Personas con Discapacidad. 2010	Art. 5			Art. 45	Establece sanciones por incumplimiento de vacantes en empleo para personas con discapacidad
	Ley N° 19.529. Ley de Salud Mental, 2017	Art. 4			Art. 11	Supervisa el cumplimiento de la ley y denuncias correspondientes la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en
	Ley 17.817. Declaración de interés nacional. Lucha contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación	Incluye a las personas con discapacidad en general	Art. 2			

Tabla 3. Datos y fuentes consultadas sobre internamientos involuntarios, tratos inhumanos o degradantes y prácticas que pueden equivaler a tortura

País	Fuentes y datos	
	Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. Dirección Nacional de Salud mental y Adicciones, 2019	<ul style="list-style-type: none"> - El 60,4% de las personas fueron internadas sin consentimiento firmado - 2 años como mediana de internación

Argentina

Resolución S.E. N° 07/2022. Psicocirugías. Órgano Nacional de Revisión en Salud Mental del Ministerio Público de la Defensa.	Se describen neurocirugías realizadas a 2 personas. Se resuelve que constituyen una grave vulneración de derechos humanos
Resolución S.E. N° 15/2014. Muerte en Instituciones Monovalentes de Salud Mental. Órgano Nacional de Revisión en Salud Mental del Ministerio	Se registran numerosas muertes en hospitales monovalentes entre el 2000 y el 2010
Noticias de prensa sobre muertes durante la hospitalización psiquiátrica o durante el traslado de la persona (años 2020, 2021, 2022)	<p><u>“Mujere paciente psiquiátrico tras ser sedad por ataque a la policía”. Santa Fe Plus</u></p> <p><u>“Investigan mala praxis en una clínica psiquiátrica: una joven recibió calmantes, se desplomó y murió”. TN</u></p> <p><u>“Horror en La Plata: una clínica reportó la muerte natural de un paciente, pero lo asesinaron. Río Negro</u></p> <p><u>“Horror en un psiquiátrico de Santa Fe: un paciente murió incendiado mientras estaba atado de pies y manos”. Infobae</u></p> <p><u>“Hospital borda: cuando la vida no vale nada”. CELS</u></p> <p><u>“Clínica no habilitada: cuatro personas murieron en un incendio en Pilar”. Página 12</u></p> <p><u>“Investigan la muerte de un paciente psiquiátrico”. El Siete TV</u></p> <p><u>“Muerte en el Hospital Borda: un</u></p>
Datos del Hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Jefe de la Unidad de Gestión de Cuidado. Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Norte. Ministerio de Salud Solicitud de información. Folio	En el año 2020 hubo 649 ingresos involuntarios bajo la modalidad de “hospitalización administrativa”. Cuenta con protocolo para la realización de contenciones físicas. No se aportan datos y refiere no contar con medidas ni salas de aislamiento
Estudio sobre Salud mental en Chile, 2021 (CIMUNIDIS)	Ha reportado un alto número de hospitalizaciones involuntarias que afectan en mayor medida a hombres

	<p>Informe 2017. Situación de los Derechos Humanos en Chile. Instituto Nacional de Derechos Humanos.</p>	<p>De 23 personas internadas encuestadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 dicen haber ingresado en contra de su voluntad. - 16 señalan haber sido contenidas físicamente. - 10 dicen haber sido encerradas a la fuerza en sala de aislamiento o haber visto a otra/os que les ocurría. - 6 refieren haber recibido medicación a la fuerza. <ul style="list-style-type: none"> - 6 refieren haber recibido TEC. - 2 reportan haber sido sometidas a una “psicocirugía”. <p>A la fecha del informe la mayoría de los hospitales psiquiátricos seguía contando con más camas de larga</p>
Chile	<p>Electroshock o Terapia Electroconvulsiva (TEC) en Chile: Diagnóstico crítico, activismo social y enfoque de derechos. Quaderns De Psicologia, 22(2), e1521. 2020. (Centro de</p>	<p>Datos del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak de Santiago, entre los años 2012 y 2017: 2.022 sesiones de TEC en promedio de manera anual</p>
	<p>Nota de prensa. Biobiochile.cl, 2022</p>	<p><u>“SS Valparaíso reconoce aplicación de terapias de electroshock sin anestesia en hospital psiquiátrico”</u></p>
	<p>Informe de evaluación de unidad hospitalaria de cuidados intensivos en psiquiatría (UHCIP) del Hospital Base Regional de Valdivia. Comité de Prevención de la Tortura. 2021.</p>	<p>Reporta distintas prácticas que no garantizan el consentimiento libre e informado en internamientos y tratamientos médicos, uso de sala de aislamiento y contención física, así como maltratos verbales o tratos</p>
	<p>Resumen Ejecutivo del Informe Diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de Salud Mental. Santiago Chile. Comité para la Prevención de la tortura. 2021.</p>	<p>Registra numerosos procedimientos irreversibles contrarios a la prohibición de la tortura (como TEC o psicopsirugías) en distintos hospitales psiquiátricos. Así mismo reporta uso de contención física, farmacológica, internación involuntaria y salas de</p>

Costa Rica	Anuario Estadístico, 2013	De 3582 ingresos en el Hospital Nacional Psiquiátrico: - 1668 voluntarios - 1184 involuntarios - 587 no indica - 143 medidas de seguridad -16 personas fallecidas en el año
Ecuador	Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT). Defensoría del Pueblo, 2019	El Hospital Psiquiátrico Julio Endara reporta no contar con espacio de “reflexión” o aislamiento
	Informe Anual MNPT, 2015	Datos del Hospital Psiquiátrico Julio Endara: - 21 personas internadas por judicialización (de un total de 140). No
	Médica Psiquiatra adscrita a los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) Solicitud de información. Folio 0001200258721. 07/05/2021.	Total de internamientos en el SAP (órgano que coordina 6 Unidades Médicas Especializadas en salud mental en CDMX y área metropolitana) en 2020: 1,461 personas (más de 1000 personas menos que en los 4 años anteriores)
	Área Médica Adscrita a los Servicios de Atención Psiquiátrica Solicitud de información. Folio 0001200262021. 17/05/2021.	Total de internamientos involuntarios en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”: 2019: 2,782 2020: 1,266 2021 (hasta mayo): 376 Refiere no realizar esterilización
	Dirección del Hospital de Psiquiatría N° 22 UMC; Monterrey, Nuevo León. Solicitud de información. Folio	2019: 1,289 internamientos en total (773 involuntarios) 2020: 773 internamientos en total (632 involuntarios)
	Dirección Médica UMCAE, Hospital de Psiquiatría “Morelos”; Ciudad de México Solicitud de información. Folio 0064101333521-2.	2020: 1,097 internamientos en total, 709 involuntarios. 2021 (hasta mayo): 395 internamientos en total, 291 involuntarios.

	<p>Dirección del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”</p> <p>Solicitud de información. Folio 0064101333521. 17/05/2021.</p>	<p>2020: 294 ingresos involuntarios en total (111 hombres, 183 mujeres)</p> <p>2021 (hasta mayo): 103 ingresos involuntarios en total (41 hombres, 62 mujeres).</p>
México	<p>Informe de supervisión ISP 10/2018 Sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estado de la República Mexicana. 2018. Mecanismo de Prevención de la Tortura</p>	<p>En un 28.20% de los hospitales visitados se registraron internamientos por orden judicial.</p> <p>Se registró el uso de medidas de aislamiento en un 43.58% de 39 hospitales psiquiátricos federales y estatales visitados.</p> <p>Se realiza TEC en 6 hospitales. No se explica cómo se otorga el consentimiento y en algunos casos no</p>
	<p>Acercamiento inicial a la atención de la salud mental a nivel federal en México: procedimientos irreversibles. Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos, vol. 2(2), 2018 (Alejandra Donají</p>	<p>Reporta de entre 2000 y 3000 sesiones de TEC realizadas en 5 establecimientos psiquiátricos en diferentes años.</p>
	<p>Abuso y Negación de Derechos Sexuales y Reproductivos a Mujeres con Discapacidad Psicosocial en México. Informe de Disability Rights International y el Colectivo Chuhcan, 2015.</p>	<p>A 1 de cada 2 mujeres, un miembro de la familia o un profesional de la salud le había recomendado ser esterilizada.</p> <p>42% de las mujeres habían sido esterilizadas.</p>
	<p>Crímenes de lesa humanidad: Décadas de Violencia y Abuso en las Instituciones Mexicanas para Niñas, Niños, Adolescentes y Adultos con Discapacidad. Disability Rights International, 2020.</p>	<p>98 de aproximadamente 300 personas en el hospital psiquiátrico “Batán” habían muerto en los últimos dos años. Entre las causas se menciona el mal uso de medicamentos psicotrópicos.</p> <p>Reporta numerosos casos de esterilización forzada y como forma de encubrimiento de violencias sexuales.</p>

	<p>Instituto Mexicano del Seguro Social. Solicitud de información. Folio 0064101356221. 21/06/2021.</p>	<p>El Hospital de Psiquiatría Morelos (CDMX) subroga servicios en el Sanatorio de Psiquiatría “El Carmen” S.A. de C.C. Hay 34 personas internadas. Las fechas de ingreso van de 1990 al 2020. La mayoría tienen</p>
Paragua y	<p>Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura en su visita al Hospital Psiquiátrico de Asunción Legislación, Derechos Humanos, y su relación con la calidad de vida de las personas diagnosticadas con enfermedades mentales que se encuentran institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y/o instituciones de encierro del</p>	<p>La mayor parte de las internaciones se dan de manera involuntaria. El consentimiento lo dan familiares y en ausencia de familiares la orden del psiquiatra. Identifica tres tipos de contención de “crisis potenciales”: la física, la medicamentosa y la sala de seguridad. Sin datos específicos sobre la cantidad de contenciones y asilamientos realizados.</p>
	<p>Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). Solicitud de información. Folio de solicitud: 47237. 06/10/2021</p>	<p>Internamientos involuntarios en el Hospital Psiquiátrico de la Asunción: 2019: 1893 2020: 1200 2021 (enero a junio): 581 El uso de sujeción mecánica y asilamiento, así como de psicofármacos y TEC se realiza según indicación médica, guías y protocolos.</p>
	<p>Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Solicitud de información. Folio 47286. 17/11/2021</p>	<p>Refiere no contar con información sobre esterilización debido a que es inconstitucional y sería un acto de violencia de tipo sexual.</p>

Perú	Informe N° 180. El derecho a la salud mental. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Serie Informes Defensoriales, 2018.	<ul style="list-style-type: none"> - 83 personas fueron internadas de manera involuntaria en 6 hospitales en las regiones de Arequipa, La Libertad, Loreto y Lima. - Se reportan situaciones que no aseguran la ausencia de daños físicos por electroshock. También el consentimiento proveniente solo de familiares y consentimientos que no detallan riesgos por caso individual. - A 16 personas no les solicitaron consentimiento antes de indicar tratamiento. - 73 no conocen los detalles del tratamiento que están llevando.
	Informe N° 140. Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Serie Informes Defensoriales, 2009. (Defensoría del Pueblo)	<p>De 10 establecimientos revisados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solo 6 contaban con formatos para brindar consentimientos (2 de éstos solo permitían el consentimiento del familiar). - La sujeción física, el aislamiento o clinoterapia, y la sujeción farmacológica fueron registrados en casi todos los establecimientos supervisados. - Al momento del estudio, 3 de 8 establecimientos revisados no contaban
Uruguay	Terapia electroconvulsiva en Uruguay 2019-2020. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura	Según estimaciones propias, en 2015 la dimensión de la aplicación de la TEC en el área metropolitana alcanzaba 10.000 sesiones anuales.

Tabla 4. Leyes y políticas consultadas sobre desinstitucionalización y vida independiente en la comunidad

Argentina	Ley N° 26.657, Ley Nacional de Salud Mental. 2010 (art. 27)
	Ley N° 26.480, Sistema de prestaciones básicas para las personas con discapacidad. 2009.
	Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025. Ministerio de Salud.

Argentina	Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2019.
	Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS)
Chile	Ley 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, 2010 (art. 3).
	Ley N° 21.331. Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, de 2021 (art. 3. h)
	Plan nacional de salud mental 2017-2025, Ministerio de Salud. 2017
	Levantamiento de Catastro de Residencias, para personas en situación de discapacidad y dependencia en el territorio nacional. SENADIS, 2018.
	Programa Tránsito a la Vida Independiente. SENADIS
	“Buenas Prácticas en materias de Servicios de Apoyo para la Vida Independiente”. Compilación de experiencias desde SENADIS.
Colombia	Ley 1.618. Establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, 2013 (art. 14).
	Ley N° 1.616. Por medio de la cual se explide la ley de salud mental y se dicán otras
	Política Nacional de Salud Mental, 2018.
	Proyecto de Ley 265. Por medio del cual se promueve la autonomía, asistencia personal y protección social de las personas con discapacidad y se reconocen las labores de cuidado no remuneradas en las que hayan participado miembros de su círculo familiar y se dictan otras
Costa Rica	Ley N° 9.739, Promoción de la Autonomía de las Personas con Discapacidad. 2016.
	Ley 7600. De igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, 1996.
	Política Nacional de Salud Mental 2012 – 2021, Ministerio de salud. 2012.
México	Ley General de Salud de 1984.
	Programa específico de salud mental. Consejo Nacional de Salud Mental. 2012-2018.
Nicaragua	Ley 650/2008. Ley De Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales, 2008 (art. 56).
Paraguay	Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad 2015-2030 (lineamiento 9.2).
	Documento marco para el diseño de la política nacional de cuidados en el Paraguay, Ministerio de la Mujer, Programa de la Unión Europea EUROsociAL+, ONU Mujeres. 2019.

	Guía para la inclusión de la perspectiva de la discapacidad en planes y proyectos de la cooperación al desarrollo en Paraguay. Recomendaciones y lineamientos en el término de las obligaciones generales de la CDPD, 2020.
Perú	Ley N° 30.947. Ley de Salud Mental, 2019 (art. 37)
	Ley N° 29.973, Ley general de la persona con discapacidad, 2012.
	El derecho a la salud mental. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización, Defensoría del pueblo, 2018.
	Norma Técnica de Salud Hogares Protegidos, aprobado con RM N°701-2018/MINSA
	Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021.
	Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, Ministerio de Salud. 2020.
	Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030. CONADIS, 2021.
Uruguay	Ley N° 19529. Ley de Salud Mental, 2017.
	Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, Ministerio de Salud. 2020.
	Ley N° 18.651, Protección integral de personas con discapacidad. 2010.

Tabla 5. Leyes, políticas y documentos consultados sobre educación inclusiva

País	Leyes, políticas y organismos que contemplan la educación especial y/o educación inclusiva para las personas con discapacidad
Argentina	Ley de Educación Nacional. Ley N° 26.206, 2006
	Resolución CFE N° 311/16, sobre la “promoción, acreditación, certificación y titulación de los estudiantes con discapacidad”, 2016.
	Ley N° 27.204 de Implementación efectiva de la responsabilidad del Estado en el nivel de educación superior, 2015.
Chile	Leyes, políticas y organismos que contemplan la educación especial y/o educación inclusiva para las personas con discapacidad
	Ley 20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad
	Ley 20370. Establece la ley general de educación, 2009
	Ley N° 20.845. De inclusión escolar que regula la admisión de los y las estudiantes, elimina el financiamiento compartido y prohíbe el lucro en establecimientos educacionales que reciben aportes del Estado, 2015.
	Ley N° 20.903, año 2016. Crea el Sistema de Desarrollo Profesional Docente.
	Decreto 83/2015. Certificación de estudios educación especial en SIGE.
	Unidad de Educación Especial. Ministerio de Educación. Educación Especial.
	Becas, bonos o cuotas para facilitar el acceso a la educación a personas con
	Decreto 97. Reglamenta el programa de Becas de Educación Superior. Ministerio de Educación Superior, 2013.
	El SENADIS cuenta con 5 programas de financiamiento por concurso para dar apoyo a instituciones o estudiantes con discapacidad para favorecer la inclusión educativa. No hacen diferenciación especial respecto del tipo de discapacidad de los postulantes. Fuente: Servicio Nacional de la Discapacidad. Solicitud de información. Folio AI003T0001364. 12/10/2021
	Leyes, políticas y organismos que contemplan la educación especial y/o educación inclusiva para las personas con discapacidad
	Ley 115. Por la cual se expide la ley general de educación, 1984.
	Ley Estatutaria N° 1618. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, 2013
	Decreto 1421. Por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad, 2017.
	Guía para la implementación del decreto 1421 de 2017. Atención educativa a personas con discapacidad en el marco de la educación inclusiva

	<p>Promoviendo la educación inclusiva. Orientaciones dirigidas a funcionarios, docentes, directivos, instituciones educativas, escuelas normales superiores, familias, cuidadores, y otros actores del sistema educativo. Ministerio de Educación Nacional.</p>
Colombia	<p>Promover trayectorias educativas completas de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en el marco de la educación inclusiva y de calidad. Orientaciones administrativas y pedagógicas para la atención educativa de la población en extraedad, joven, adulta y adulta mayor con discapacidad intelectual y psicosocial. Ministerio de Educación Nacional. MEN,</p>
	<p>Becas, bonos o cuotas para facilitar el acceso a la educación a personas con</p>
	<p>Ley Estatutaria N° 1618. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, 2013 (art. 11)</p>
	<p>Se destina el 20% de presupuesto adicional sobre la asignación por alumno con discapacidad, desde los recursos de la Participación para Educación del Sistema General de Participaciones (SGP). Han registrado un aumento de matrículas de personas con discapacidad entre 2018 y 2020.</p> <p>Fuente: Subdirección de Fomento de Competencias. Ministerio de Educación. Solicitud de</p>
	<p>Existe un fondo de Apoyo Financiero para Estudiantes con Discapacidad en Educación Superior. Adjudica créditos condenables a estudiantes con discapacidad para cursar programas de pregrado, nivel técnico profesional, tecnológico o universitario en modalidad presencial o a distancia.</p> <p>Fuente: Subdirección de Apoyo a la Gestión de las IES. Ministerio de Educación. Solicitud de</p>
	<p>Leyes, políticas y organismos que contemplan la educación especial y/o educación inclusiva para las personas con discapacidad</p>
	<p>Ley 2160. Ley fundamental de educación, 1957</p>
	<p>Ley N° 7.600. Ley de Oportunidades para las personas con Discapacidad, 1996.</p>
	<p>Consejo Superior de Educación. Solicitud de información. Folio CSE-SG-832-2021.</p>
	<p>Decreto Ejecutivo N° 40955-MEP “Establecimiento de la inclusión y la accesibilidad en el Sistema Educativo Costarricense”.</p>
	<p>Centro Nacional de Recursos para la Educación Inclusiva (CENAREC) del Ministerio de Educación Pública</p>
Costa Rica	<p>Política Nacional en Discapacidad para el periodo 2011-2021 (PONADIS). Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE, ahora CONAPDIS).</p>
	<p>Becas, bonos o cuotas para facilitar el acceso a la educación a personas con</p>
	<p>Las universidades públicas: Universidad de Costa Rica, Universidad Estatal a Distancia, Universidad Nacional de Costa Rica, Tecnológico de Costa Rica y UTN cuentan con programas de atención, proyectos, comisiones y adecuaciones curriculares para personas con discapacidad.</p> <p>Fuente: Secretaría General. Consejo Superior de Educación. Solicitud de información. Folio:</p>

	<p>Hay un “Programa de Beca de Post Secundaria” del Ministerio de Educación, para estudiantes en condición de pobreza extrema o vulnerabilidad que permite cursar estudios en una universidad pública o privada.</p> <p>Fuente: Secretaría General. Consejo Superior de Educación. Solicitud de información. Folio: CSE-SG-832-2021. 29/10/2021.</p>
Ecuador	<p>Leyes, políticas y organismos que contemplan la educación especial y/o educación inclusiva para las personas con discapacidad</p>
	Ley N° 796. Ley Orgánica de Discapacidades, 2012
	Ley N° 127. Ley de Educación, 1983
	Modelo Nacional de Gestión y Atención para Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales asociadas a la discapacidad en las instituciones de educación especializadas. Ministerio de Educación, 2018-2019
	Subsecretaría de Educación Especializada e Inclusiva y la Dirección Nacional de Educación Especializada e Inclusiva
Nicaragua	<p>Leyes, políticas y organismos que contemplan la educación especial y/o educación inclusiva para las personas con discapacidad</p>
	Ley N° 582. Ley general de educación, 2006
	Educación Especial Incluyente. Ministerio de Educación (MINED) https://www.mined.gob.ni/educacion-especial-incluyente/
México	<p>Leyes, políticas y organismos que contemplan la educación especial y/o educación inclusiva para las personas con discapacidad</p>
	Ley General de Educación, 2019
	Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Educación, en materia de Educación Inclusiva, 2016.
	Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2011)
	Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003)
	Programa Sectorial de Educación (PSE) 2020-2024
	<p>Becas, bonos o cuotas para facilitar el acceso a la educación a personas con</p> <p>Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial (PFSEE)</p>
Paraguay	<p>Leyes, políticas y organismos que contemplan la educación especial y/o la educación inclusiva para las personas con discapacidad</p>
	Ley N° 1.264. Ley General de Educación, 1998.
	Ley N°5.136 De Educación Inclusiva, 2013
	Resolución 17.267. Por el cual se aprueban los lineamientos para un sistema educativo inclusivo en el Paraguay, en instituciones educativas de gestión oficial, privada subvencionada y privada de este ministerio, 2018.

	Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad 2015-2030.
	Becas, bonos o cuotas para facilitar el acceso a la educación a personas con
	Ley N° 1264. Ley General de Educación, 1998 (art. 25)
	Leyes, políticas y organismos que contemplan la educación especial y/o educación inclusiva para las personas con discapacidad
	Ley N° 30.797. Ley que promueve la educación inclusiva, modifica el artículo 52 e incorpora los artículos 19-A y 62-A en la Ley N° 28.044 (Ley General de Educación), 2018
	Ley 28044. Ley General de Educación, 2003.
	Ley 30220. Ley Universitaria, 2014
	Ley N° 29.973. Ley General de la Persona con Discapacidad, 2012.
Perú	Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030 (PNMDD). CONADIS, 2021.
	Servicio de Apoyo y Asesoramiento a las Necesidades Educativas Especiales -SAANEE-
	Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS)
	Becas, bonos o cuotas para facilitar el acceso a la educación a personas con
	Ley N° 29.973. Ley General de la Persona con Discapacidad, 2012. (art. 38)
	Ley 30220. Ley Universitaria, 2014 (art. 98.6)
	Reglamento de la Ley N° 29.837, Ley que crea el Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo (PRONABEC), 2012. (art. 26.1)
	Leyes, políticas y organismos que contemplan la educación especial y/o educación inclusiva para las personas con discapacidad
	Ley de Protección Integral de las Personas con Discapacidad. Ley N° 18.651. Año 2010.
	Ley 18437. Ley de Educación, 2009
Uruguay	Decreto 72/017. Apruébese el “Protocolo de actuación para la inclusión de personas con discapacidad en los centros educativos”. Ministerio de educación y cultura, 2017.
	Dirección General de Educación Inicial y Primaria. Educación inclusiva-Educación para
	Decreto 76/015. Creación de la “Comisión honoraria para la continuidad educativa y socio-profesional para la discapacidad”, 2015.
	CODICEN (Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública) (Capacita en inclusión educativa)

Tabla 6. Leyes, políticas y programas consultados sobre el derecho al trabajo

País	Medidas afirmativas
Argentina	Establece sistema de cuotas
	Ley N° 25.689. Modificación de la Ley N° 22.431, en relación con el porcentaje de ocupación de personas con discapacidad por parte del Estado Nacional, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos, 2002 (art. 1).
	Establece deducciones de impuestos en la contratación de personas con discapacidad
	Ley N° 23.021. Modificase el artículo 23 de la Ley N° 22.431, referente al Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, a fin de que los empleadores que concedan empleo a personas discapacitadas puedan optar por efectuar la deducción prevista, en el impuesto a las Ganancias o sobre los Capitales (art. 23).
	Medidas de empleo en mercado ordinario, protegido o autónomo
	Ley N° 26.816. Régimen Federal de Empleo Protegido para Personas con Discapacidad, 2012.
	Programa de empleo independiente para personas con discapacidad. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
	Otros programas
	Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
	Promueve la no discriminación laboral o la prohíbe
	Ley N° 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, 2010 (art. 43).
	Decreto con Fuerza de Ley 1. Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Código del Trabajo, 2003. (art. 2)
	Ley N° 21.015, Incentiva la Inclusión de Personas con Discapacidad al Mundo Laboral, 2017 (art. 2).
	Contempla ajustes razonables en el empleo

Chile	Ley N° 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, 2010 (art. 24).
	Decreto con Fuerza de Ley 1. Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Código del Trabajo, 2003 (art. 154. 7)
	Establece sistema de cuotas
	Ley N° 21.015, Incentiva la Inclusión de Personas con Discapacidad al Mundo Laboral, 2017 (art. 157. Bis)
	Establece deducciones de impuestos en la contratación de personas con discapacidad
	Decreto N° 2. Establece objetivos, líneas de acción y procedimientos del programa bonificación a la contratación de mano de obra, 2010 (art.
	Medidas de empleo en mercado ordinario, protegido, autónomo o
	Línea de Empleo Dependiente. Fondo Nacional de Proyectos Inclusivos (FONAPI). SENADIS.
	Línea de acción de Trabajo Protegido y Línea de Empleo con Apoyo. Fondo Concursable Área Inclusión Laboral. SENADIS.
	Líneas de financiamiento: Taller Laboral; Apoyo a la creación y fortalecimiento de Cooperativas de Trabajo inclusivas; Apoyo al autoempleo. Convocatoria 2022. Fondo Nacional de Proyectos Inclusivos
Colombia	Contempla ajustes razonables en el empleo
	Guía para el proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad. Ministerio de Trabajo.
	Establece deducciones de impuestos en la contratación de personas con discapacidad
	Ley N° 16.18. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, 2013 (art. 13.6)
	Ley N° 1.429. Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo, 2010 (art. 10).
	Ley N° 361. Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones, 1997 (art.
	Medidas de empleo en mercado ordinario, protegido, autónomo o

	Corte Constitucional. Sentencia C-810-07. (Talleres de trabajo
	Discapacidad e Integración Sociolaboral en Colombia. Guía metodológica para la implementación del modelo. Ministerio de Protección Social, 2006. (Empleo con apoyo)
Costa Rica	Promueve la no discriminación laboral o la prohíbe
	Ley N° 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 1996 (art. 24).
	Contempla ajustes razonables en el empleo
	Política Nacional en Discapacidad 2011-2021 (PONADIS)
	Lineamientos técnicos y metodológicos para el desarrollo de acciones institucionales orientadas hacia la promoción de la inclusión laboral de personas con discapacidad. CONAPDIS, 2017.
	Reglamento a la Ley de Inclusión y Protección Laboral de las Personas con Discapacidad en el Sector Público, Ley N° 8.862 (arts. 1 y 7).
	Establece sistema de cuotas
	Ley N° 8.862. Ley Inclusión y Protección Laboral de las personas con discapacidad en el sector público, 2010 (artículo único).
	Establece deducciones de impuestos en la contratación de personas con discapacidad
	Ley N° 7.092. Ley del Impuesto sobre la Renta, 1988 (art. 8. b)
	Medidas de empleo en mercado ordinario, protegido, autónomo o
	Plan Nacional de Inserción Laboral para la Población con Discapacidad en Costa Rica. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica, 2012. (Empleo con apoyo)
Promueve la no discriminación laboral por motivos de discapacidad o la	
Ley N° 796. Ley Orgánica de Discapacidades, 2012 (art. 45)	
Código del Trabajo, 2005 (arts. 79)	
Contempla ajustes razonables en el empleo	
Ley N° 796. Ley Orgánica de Discapacidades, 2012 (arts. 47 y 50)	
Código del Trabajo, 2005. (art. 42.- 35)	
Establece sistema de cuotas	

Ecuador	Ley N° 796. Ley Orgánica de Discapacidades, 2012 (art. 46)
	Establece deducciones de impuestos en la contratación de personas con discapacidad
	Ley N° 796. Ley Orgánica de Discapacidades, 2012 (art. 49)
	Medidas de empleo en mercado ordinario, protegido, autónomo o
Nicaragua	Ley N° 796. Ley Orgánica de Discapacidades, 2012 (incentiva la creación de centros especiales de empleo -art. 49-)
	Promueve la no discriminación laboral por motivos de discapacidad o la
	Ley N° 763. Ley de los Derechos de las personas con discapacidad, 2011 (art. 36)
	Decreto N° 11-2014. Reglamento a la ley de los derechos de las personas con discapacidad (art. 25. 1)
	Prestación de ajustes razonables
	Ley N° 763. Ley de los Derechos de las personas con discapacidad, 2011 (art. 34)
	Decreto N° 11-2014. Reglamento a la ley de los derechos de las personas con discapacidad (art. 25)
	Establece sistema de cuotas
	Ley N° 763. Ley de los Derechos de las personas con discapacidad, 2011 (art. 36)
	Medidas de empleo en mercado ordinario, protegido, autónomo o
Ley N° 763. Ley de los Derechos de las personas con discapacidad, 2011 (fomenta el autoempleo, las cooperativas y empresas propias - art. 35)	
Decreto N° 11-2014. Reglamento a la ley de los derechos de las personas con discapacidad (fortalece la creación de autoempleo - art.	
	Promueve la no discriminación laboral por motivos de discapacidad o la
	Ley General de Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2011 (art.
	Ley Federal de Trabajo, 1970 (art. 994)
	Prestación de ajustes razonables

Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2015. Condiciones de Seguridad para el Acceso y Desarrollo de Actividades de Trabajadores con Discapacidad en los Centros de Trabajo (5.2)
Establece deducciones de impuestos en la contratación de personas con discapacidad
Ley del Impuesto sobre la Renta, 2013 (art. 186)
Medidas de empleo en mercado ordinario, protegido, autónomo o
Ley General de Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2011 (centros de trabajo protegido e inserción en administración pública – art.
Otros programas
Programa Nacional de Trabajo y Empleo para las Personas con Discapacidad 2021-2024
Estrategia para la Atención de las Personas con Discapacidad de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (Secretaría de Trabajo y Previsión Social. Solicitud de información. Folio STPS/117/DGAJ/DCS/1240/021. 17/05/2021). Promueve la capacitación y vinculación al
Estrategia “Abriendo Espacios” de la Secretaría Nacional de Empleo. (Servicio Nacional de Empleo. Solicitud de información. Folio 0001400114721. 14/05/2021). Fortalece la vinculación laboral.
Promueve la no discriminación laboral por motivos de discapacidad o la
Ley N° 5.421. Igualdad de oportunidades en la formación para el trabajo de las personas con discapacidad, 2015 (art. 3)
Prestación de ajustes razonables
Ley N° 5.421. Igualdad de oportunidades en la formación para el trabajo de las personas con discapacidad, 2015 (art. 3b)
Ley N° 4962. Que establece beneficios para los empleadores, a los efectos de incentivar la incorporación de personas con discapacidad en el sector privado, 2013 (art. 8).
Ley N° 3585. Modifica los artículos 1°, 4° y 6° de la ley N° 2479/04 “que establece la obligatoriedad de la incorporación de personas con discapacidad en las instituciones públicas” (art. 6)
Establece sistema de cuotas

Paraguay	Ley N° 3585. Modifica los artículos 1°, 4° y 6° de la ley N° 2479/04 “que establece la obligatoriedad de la incorporación de personas con discapacidad en las instituciones públicas” (art. 1)
	Ley N° 5.421. Igualdad de oportunidades en la formación para el trabajo de las personas con discapacidad, 2015 (art. 5)
	Establece deducciones de impuestos en la contratación de personas con discapacidad
	Ley N° 4962. Que establece beneficios para los empleadores, a los efectos de incentivar la incorporación de personas con discapacidad en el sector privado, 2013 (art. 7)
	Medidas de empleo en mercado ordinario, protegido, autónomo o
	Ley N° 5.421. Igualdad de oportunidades en la formación para el trabajo de las personas con discapacidad, 2015 (impulsa autoempleo – art. 3)
	Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad 2015-2030 (promueve la figura de facilitadores laborales –
Perú	Promueve la no discriminación laboral por motivos de discapacidad o la
	Ley N° 29.973. Ley General de la persona con discapacidad, 2012. Modificación del Texto Único Ordenado de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral (art. 30)
	Decreto Supremo N° 013-2021-TR. Aprueba la Política Nacional de Empleo Decente, 2021 (Objetivo N° 5).
	Prestación de ajustes razonables
	Decreto Legislativo 1417 del 13 de septiembre de 2018 que modifica la Ley N° 29.973. Ley General de la persona con discapacidad, 2012 (art.
	Decreto Supremo N° 013-2021-TR. Aprueba la Política Nacional de Empleo Decente, 2021 (Servicio 5.3.1)
	Reconoce adecuaciones y adaptaciones
	Decreto Legislativo 1417 del 13 de septiembre de 2018 que modifica la Ley N° 29.973. Ley General de la persona con discapacidad, 2012 (art.
	Establece sistema de cuotas
	Ley N° 29.973. Ley General de la persona con discapacidad, 2012 (art 49.1 y 49.3)

	Establece deducciones de impuestos o beneficios tributarios en la contratación de personas con discapacidad
	Decreto Legislativo 1417 del 13 de septiembre de 2018 que modifica la Ley N° 29.973. Ley General de la persona con discapacidad, 2012 (art.
	Medidas de empleo en mercado ordinario, protegido, autónomo o
	Resolución Ministerial N° 073-2013-TR, 2013. Aprueba el “Plan de Actuación para la Inserción y Capacitación Laboral de Personas con Discapacidad Mental e Intelectual, mediante el Modelo Metodológico del Empleo con Apoyo” a cargo de la Dirección General de Promoción del
Uruguay	Promueve la no discriminación laboral por motivos de discapacidad o la
	Ley N° 18651. Ley de protección integral de personas con discapacidad, 2010 (art. 51)
	Prestación de ajustes razonables
	Ley N° 18651. Ley de protección integral de personas con discapacidad, 2010 (art. 51).
	Ley N° 19691. Promoción para el trabajo para personas con discapacidad, 2018 (art. 5, 7 y 14)
	Establece sistema de cuotas
	Ley N° 18651. Ley de protección integral de personas con discapacidad, 2010 (art. 49)
	Ley N° 19691. Promoción para el trabajo para personas con discapacidad, 2018 (art. 1)
	Medidas de empleo en mercado ordinario, protegido, autónomo o
	Ley N° 19159. Creación de los talleres de producción protegida, 2013
Programa de Cooperativas Sociales y Procesos Asociativos. Ministerio de Desarrollo Social	

culturaslocas

diversidadpsicosocial

justicia

buenvivir

derechoal delirio