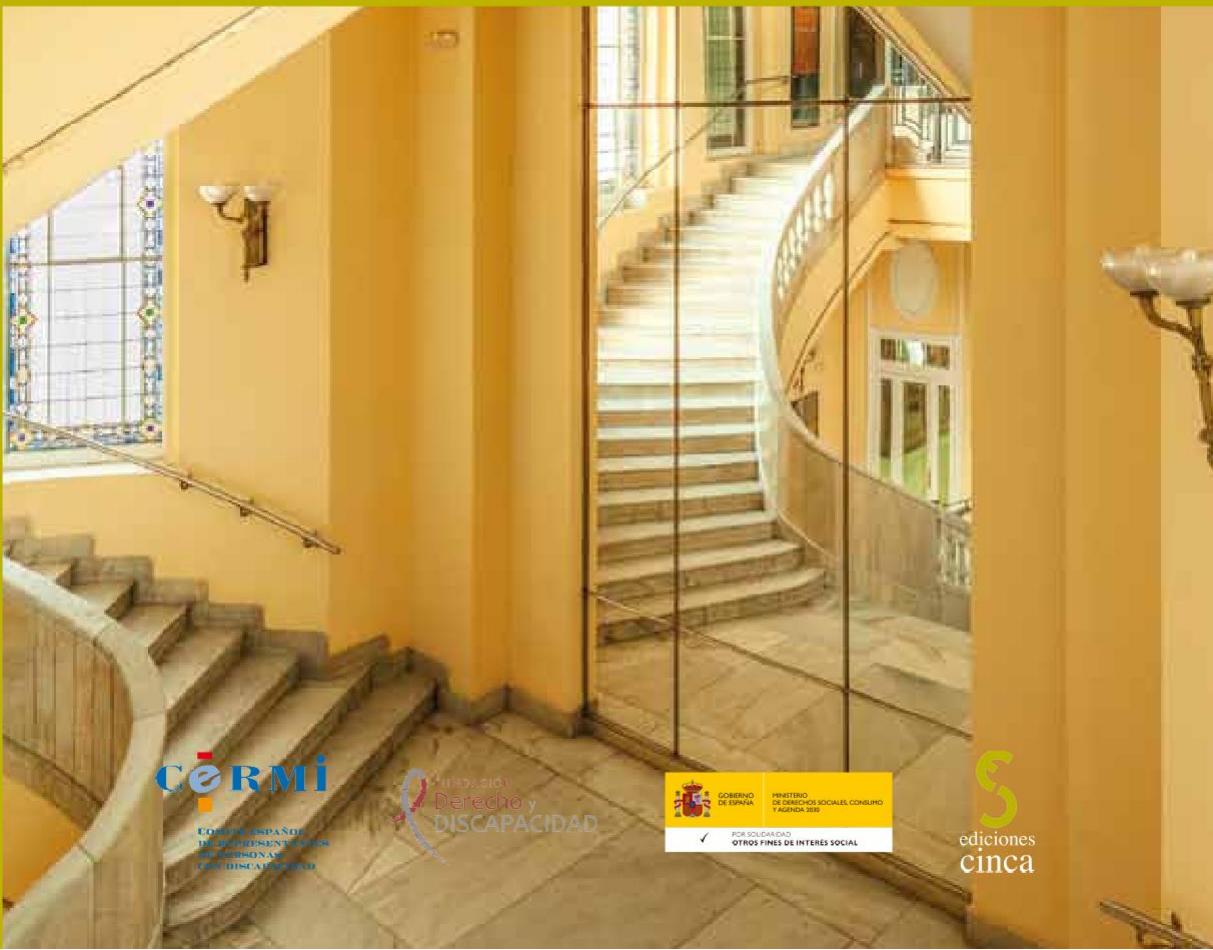


La salud mental como cuestión de Derechos Humanos

Paula Pérez Sánchez (Edición)



Colección



La salud mental como cuestión de Derechos Humanos





NÚMERO: 93

DIRECTOR: Luis Cayo Pérez Bueno

Publicado con el apoyo de:



✓ POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

PRIMERA EDICIÓN: octubre, 2025

© DEL TEXTO: CERMI y Fundación Derecho y Discapacidad, 2025

© DE ESTA EDICIÓN: CERMI y Fundación Derecho y Discapacidad, 2025

© ILUSTRACIÓN DE CUBIERTA: David de la Fuente Coello, 2025

Reservados todos los derechos.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

La responsabilidad de las opiniones expresadas en esta obra incumbe exclusivamente a sus autores y su publicación no significa que Ediciones Cinca se identifique con las mismas.

DISEÑO DE LA COLECCIÓN:

Juan Vidaurre

PRODUCCIÓN EDITORIAL,
COORDINACIÓN TÉCNICA

E IMPRESIÓN:

Grupo Editorial Cinca, S.A.

c/ General Ibáñez Ibero, 5A

28003 Madrid

Tel.: 91 553 22 72.

grupoeeditorial@edicionescinca.com

www.edicionescinca.com

DEPÓSITO LEGAL: M-22513-2025

ISBN: 978-84-10167-72-8

El PDF accesible y el EPUB de esta obra están disponibles a través del siguiente código QR:



La salud mental como cuestión de Derechos Humanos

Paula Pérez Sánchez (Edición)
Responsable de Proyectos
de la Fundación Derecho y Discapacidad



ÍNDICE

Introducción	9
<i>Luis Cayo Pérez Bueno, Presidente del CERMI Estatal y de la Fundación Derecho y Discapacidad</i>	
La salud mental desde un enfoque exigente de derechos humanos	13
<i>Rafael de Asís Roig, Catedrático de Filosofía del Derecho. Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba. Universidad Carlos III de Madrid</i>	
Documento de Posicionamiento. Confederación Salud Mental España: «La salud mental como cuestión de derechos humanos»	29
<i>Confederación Salud Mental España</i>	
El derecho al bienestar psíquico y a entornos mentalmente saludables	55
<i>Gloria Álvarez Ramírez, Doctora en Derecho. Experta en Derecho de la Discapacidad y consultora sociojurídica</i>	
Apoyos al ejercicio de la capacidad jurídica y salud mental	77
<i>Juana Morcillo Moreno, Catedrática de Derecho administrativo de la UCLM</i>	
Afecciones al derecho a la libertad personal por causa de salud mental	109
<i>Antonio-Luis Martínez-Pujalte, Catedrático de Filosofía del Derecho en la Universidad Miguel Hernández de Elche</i>	
La salud mental en la legislación y en las políticas públicas de salud	137
<i>Fernando Lamata Cotanda, Médico, especialista en psiquiatría, miembro del Consejo Consultivo de la Confederación Salud Mental España, patrono de FUTUCAM</i>	
Inimputabilidad y discapacidad psíquica a la luz de la Convención de Nueva York: ¿mecanismo de protección o causa de discriminación en el proceso penal?	163
<i>David Mayor Fernández, Fiscal adscrito a la Unidad de Discapacidad y Mayores de la Fiscalía General del Estado</i>	
Mujer y discapacidad psicosocial: Discriminación interseccional	193
<i>Ana Peláez Narváez, Vicepresidenta Ejecutiva de la Fundación CERMI Mujeres. Experta del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas</i>	

INTRODUCCIÓN*

Luis Cayo Pérez Bueno

Presidente del CERMI Estatal y de la Fundación Derecho y Discapacidad

Sería casi ocioso, una obviedad decir que históricamente las relaciones entre discapacidad, entre personas con discapacidad y Derecho han sido pacíficas; en realidad, han sido conflictivas. Y en términos que no siempre nos han halagado, más bien al contrario; no hace falta echar la vista demasiado atrás para comprobar que el Derecho ha tenido la misma visión que la sociedad en general —no es una cuestión específica del ordenamiento jurídico—, de cautela, de desconfianza, de negación, de exclusión, de discriminación, de negación... incluso desde aquello más básico, que es la personalidad jurídica, hasta hace muy pocos años, muchas personas con discapacidad, entre ellas personas con discapacidad psicosocial, estaban privadas del dominio jurídico de sus propias vidas.

Pero esta enemistad, o ese desencuentro histórico entre el Derecho y la discapacidad no nos ha inducido a las personas con discapacidad, a sus familias y a su movimiento sociales renegar, a repudiar el Derecho, a rechazarlo,

* Transcripción de la intervención oral de Luis Cayo Pérez Bueno en el acto de apertura del V Congreso Nacional y II Internacional de Derecho de la Discapacidad 2025, convocado bajo el lema «La salud mental como cuestión de derechos humanos».

sino que hemos tratado de reconvertirlo en un aliado, un motor propiciatorio del bienestar y de derechos sólidos para las personas con discapacidad.

En esas estamos, el próximo año (2026) se cumple el veinte aniversario de la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con discapacidad.

Ese es el gran hito identificatorio del cambio, del punto de inflexión a partir del cual el Derecho puede presentar otro rostro —esta vez, humano—, no voy a decir compasivo, que puede sonar mal, sí inclusivo con las personas con discapacidad.

Estamos planteándola y promoviéndola, a través del CERMI y de la Fundación Derecho y Discapacidad, una nueva rama del Derecho, el Derecho de la Discapacidad, porque tenemos masa crítica para que haya una disciplina jurídica identifiable, diferenciada, con principios informadores específicos, singulares que pueda estar a la par, a la vuelta de unos años, del resto de disciplinas jurídicas prestigiosas.

En esas estamos... Y a la hora de plantear este V Congreso nacional, II internacional, nos preguntamos acerca de qué ámbito de los derechos humanos, dentro de la discapacidad, estaba más carente. ¿Cuál muestra signos de mayores agravios? Sin duda, y en mi condición de presidente de la plataforma cívica donde convergen todas las discapacidades, desde las mayoritarias a las minoritarias, desde las más antiguas a las más emergentes, y creo que tengo una posición para decir con autoridad que la discapacidad psicosocial, las personas, las familias de personas con problemas de salud mental son ahora el factor, el elemento, la dimensión más necesitada de protección, de promoción, de desarrollo integral inclusivo dentro de la discapacidad, de las que en ningún caso podemos predicar que la situación en punto a derechos humanos sea satisfactoria.

Por eso, fijar la mirada en la discapacidad psicosocial, en todas sus interrelaciones que son muchas con el Derecho, que siguen siendo muy negativas, para tratar de revertir ese estado de cosas; primero, arrojando luz para después plantear, proponer, porque —esa no es la cultura CERMI— no solo venimos a quejarnos, sino a plantear soluciones jurídicas, legales y de políticas públicas para que esta situación cambie de plano.

Si tuviéramos que hacer un memorial de agravios, una descripción de en qué momento estamos respecto del trato que dispensa nuestro ordenamiento jurídico a las personas con problemas de salud mental, el listado sería extenso, a no dudar.

Me voy a centrar solo en algunos, a saber:

- La persistencia del internamiento forzoso, de la discapacidad *psíquica*, como dice la ley vigente, es de modo absoluto la mayor negación de los derechos humanos que permanece en nuestra legislación actual.
- El tratamiento ambulatorio no consentido, el que te obliguen a seguir un tratamiento sanitario cuando la persona no lo desea o no lo ha aceptado.
- La persistencia —es verdad que se dice que España ha hecho una revolución psiquiátrica— bajo otros nombres, de espacio asilares, manicomiales, instituciones cerradas, segregadas y segregadoras que encierran sin culpa ni delito a personas con discapacidad psicosocial. Es decir, institucionalización forzada sin alternativa inclusiva.
- La presencia exagerada de personas con discapacidad psicosocial en nuestro sistema penitenciario, mucho más amplia de la que le correspondería por peso demográfico.
- Peores datos, los peores datos de todos, y son negativos para la discapacidad en general, de inclusión laboral, de tasa de desempleo, de tasa de inactividad, los soportan las personas con discapacidad psicosocial.
- El riesgo incrementado de suicidio que sufren estas personas.

- También un sistema sanitario que no termina de responder, ausencia y por tanto necesidad de un modelo social de salud mental basado en derechos y respuesta comunitaria.
- El estigma desde los medios de comunicación, el imaginario colectivo ahí sigue y no conseguimos minimizarlo.
- En fin, las familias casi como único y exclusivo soporte en aquellos entornos donde hay una situación de discapacidad psicosocial.

Podría seguir, sumar y seguir, este memorial de agravios, que diríase interminable.

Estimo que quedan suficientemente acreditadas las razones para enfocarnos en las relaciones entre salud mental y derechos humanos, que es lo que vamos a hacer en este Congreso, de la mano del movimiento de salud mental que es ahora mismo, la avanzadilla, el promotor, el motor de los cambios, incluso puedo decir que España —la salud mental no es pacífica en ninguna parte del mundo— está en una posición de cambio, de liderazgo, en Europa, en Latinoamérica y que eso se debe a una sociedad civil, a un tejido asociativo consciente, reivindicativo, pero que a la vez es propositivo. Que persigue que la sociedad en su conjunto tome conciencia del asunto, ponga el tema en la agenda pública.

Así es. Queda esperar que, a la vuelta de algún otro Congreso de estas características, dentro de unos años, podamos aseverar con cierto contento, porque haya quedado comprobado que las cuestiones de salud mental están encauzadas, porque será la respuesta decente que demos a ese clamor de sufrimiento, de padecimiento psíquico que lacera a muchos miles de personas con problemas de salud mental y a sus familias en nuestro país.

Existe esperanza, este Congreso es un intento, confiemos en que no fallido, de que la realización de ese anhelo puede incluso precipitarse.

LA SALUD MENTAL DESDE UN ENFOQUE EXIGENTE DE DERECHOS HUMANOS¹

Rafael de Asís Roig

Catedrático de Filosofía del Derecho

Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba

Universidad Carlos III de Madrid

Nos encontramos en una encrucijada histórica particularmente delicada para los derechos humanos en general y para los derechos de las personas con discapacidad psicosocial en particular. El contexto contemporáneo se caracteriza por un retroceso generalizado en materia de derechos, manifestado en dinámicas complejas y multifacéticas que afectan directamente el ámbito de la salud mental y requieren atención urgente. Este panorama evidencia una erosión sistemática de los avances logrados en las últimas décadas, lo cual no es un fenómeno aislado, sino parte de una tendencia global que pone en jaque los fundamentos del Estado de Derecho y los principios democráticos.

Esta regresión se manifiesta tanto en el plano normativo como en la implementación práctica de políticas públicas, generando un clima de incertidumbre que impacta especialmente en los colectivos en situación de vulnerabilidad. Los derechos humanos son conquistas históricas que exigen vigilancia cons-

¹ Texto de mi intervención en el V Congreso Nacional y II Congreso Internacional de Derecho de la Discapacidad, «La salud mental como cuestión de derechos humanos». Ciudad Real, 21 de mayo de 2025.

tante para su preservación. Su fragilidad se hace patente en momentos de crisis económicas, sociales y sanitarias, que a menudo sirven de pretexto para desmantelar garantías fundamentales.

Las personas con discapacidad psicosocial (Minkowitz, 2008) se enfrentan a enormes prejuicios, discriminación y violaciones de sus derechos. Históricamente, se les ha negado la posibilidad de tomar decisiones y ejercer control personal e individual en buena parte de las esferas de su vida.

Las consecuencias del movimiento anti-DEI (Diversidad, Equidad e Inclusión) han empezado a permear sistemáticamente las políticas públicas y prácticas institucionales. Se trata de un movimiento que se ha convertido en una ofensiva contra los derechos de personas y grupos en situación de vulnerabilidad. Específicamente en el panorama europeo, se observan tendencias preocupantes que cuestionan principios fundamentales de las democracias constitucionales, con el ascenso de movimientos políticos que desafian el valor de la diversidad, la igualdad material y la inclusión social. Esta regresión también se traduce en una mayor tendencia hacia enfoques patologizantes y medicalizadores en salud mental, que ignoran los determinantes sociales del bienestar mental (Blackstock, Isom, Legha, 2024).

En el ámbito específico de la salud mental en España, datos de 2022 de la Estrategia de Salud Mental y el Estudio sobre Salud Mental en España 2025 realizado por AXA (basado en una encuesta de octubre-noviembre de 2024) confirman la magnitud del desafío (AXA, 2025).

- Un 18 % de adultos y 13,2 % de niños y adolescentes (4-14 años) en España están en riesgo de mala salud mental.
- La prevalencia de ansiedad crónica es del 5,84 % y depresión del 5,28 % en adultos.
- Más de la mitad de la población en España muestra malestar emocional o dificultad.

- Las mujeres presentan peores indicadores de salud mental que los hombres.
- Las personas jóvenes muestran índices significativamente peores que los mayores.
- Existe heterogeneidad territorial en la dotación de servicios y profesionales de salud mental.

Resulta crucial contextualizar estos datos dentro del marco de los determinantes sociales de la salud mental. Factores como la pandemia de la COVID-19, las crisis económicas recurrentes, el aumento de la desigualdad y la precarización laboral han contribuido significativamente al deterioro de la salud mental poblacional. Los determinantes sociales (Lema, 2021) incluyen condiciones de vida y trabajo, ingresos, educación (a mayor educación, mejor acceso a información, empleos e ingresos), acceso a servicios de salud, vivienda y entorno físico, calidad de relaciones sociales y redes de apoyo, y exposición a violencia y discriminación (racismo, sexismo, capacitismo, edadismo, etc., que tienen un impacto negativo directo).

Abordar estos determinantes implica que las intervenciones efectivas deben ir más allá del tratamiento individual, abordando las causas estructurales que generan malestar y sufrimiento psíquico (Cuenca, 2022). Esto requiere políticas públicas integrales que aborden la pobreza, desigualdad, exclusión social y discriminación. La apuesta por la salud debe entenderse como una apuesta por la justicia social.

1. EL ENFOQUE EXIGENTE DE DERECHOS

Y esta apuesta por la justicia social exige abordar la salud mental desde un enfoque exigente de derechos. Lo que denomino como enfoque exigente de derechos supone, en primer lugar, tener en cuenta el sistema internacional de derechos humanos (Fernández Liesa, 2013) y partir de él, supone también, asumir el llamado enfoque basado en derechos desarrollado por Naciones

Unidas (Naciones Unidas, 2003). Pero a partir de aquí, implica la adopción de una teoría de los derechos, esto es, de una forma de concebirlos y justificarlos (lo que denominamos en el campo del discurso de los derechos como concepto y fundamento) (De Asís, 2001), desde la que interpretar las normas de derechos y construir las políticas adecuadas para el desarrollo y la satisfacción de éstos.

Referirse al enfoque exigente de derechos humanos supone considerarlos como los referentes éticos de nuestras sociedades; asumir que pueden ser interpretados de formas diferentes pero que existe una manera correcta de aplicarlos. Una manera correcta que no lleva a soluciones únicas pero que permite descartar de plano opciones y proporcionar argumentos para dotar de fuerza a las decisiones.

El enfoque exigente de derechos se convierte así en una guía para la toma de decisiones de ámbito social (De Asís, 2023). Una guía compuesta por una serie de exigencias que pueden resumirse en la siguientes:

- Situar a las personas en el centro y reconocer que todas las personas tienen su propia voz.
- Reconocer que todas las personas tienen el derecho al libre desarrollo de su personalidad y a la libre elección de cómo vivir.
- Asumir que la identidad de las personas es la suma de condición y situación, y que esta última no se entiende sin atender a la posición
- Huir de identidades de normalidad
- Tener en cuenta la comunidad y la dimensión social de la dignidad
- Comprender que la historia de vida de cada persona es única y debe ser el punto de partida para planificar su atención
- Partir de un análisis que tenga como punto de partida la defensa de la persona que se encuentra en situación de vulnerabilidad, y que esté orientado a la acción.

- Adoptar una perspectiva de género (las mujeres se encuentran en una situación diferenciada en el disfrute de los derechos humanos consecuencia de las relaciones de poder históricamente desiguales).
- Contemplar la interseccionalidad (ejes de discriminación que, de forma entrelazada y diferenciada, impactan en las personas en función de diversos factores).
- Abandonar el enfoque asistencial condicionado por el desarrollo de políticas públicas voluntaristas.
- Tener en cuenta los titulares de los derechos y de las obligaciones (personas, entidades, Estado, profesionales).
- Considerar que los derechos son instrumentos especialmente resistentes, en el sentido de constituirse tanto en guía y límite de la actuación del legislador, cuanto en herramientas especialmente protegidas y exigibles en sede judicial nacional e internacional.
- Defender la vigencia de los derechos están tanto en el espacio público como en el privado.
- Afirmar la existencia de una obligación de respeto y protección de los derechos que, en el caso de los poderes públicos (y de algunos agentes privados) es también de promoción, de reparación y de rendición de cuentas.
- Atender al Derecho internacional de los derechos humanos (compuesto por los tratados y sus órganos de garantía y por los tribunales internacionales), en la interpretación y concreción de su alcance.
- Comprender que la igual satisfacción de los derechos y su universalidad no está reñida con el trato diferente ni con la atención a la diversidad.
- Rechazar la segregación y promover la inclusión que, más allá de la integración, supone cambiar el contexto antes que cambiar a la persona y promover la participación de todas las personas.
- Aceptar que los derechos pueden ser limitados, pero solo por otros derechos o bienes de igual valor, y luego de un ejercicio de ponderación y proporcionalidad. Eso implica, por ejemplo, que toda limitación de un derecho que pretenda justificarse en el coste de una medida tenga que apoyarse en la satisfacción de otro derecho.

- Entender que los bienes que protegen los derechos están conectados y son interdependientes (el avance en la protección de un derecho favorece a todos y el retroceso perjudica a todos).
- Atender al impacto social en la evaluación económica de las intervenciones.

Estas exigencias, proyectadas en el ámbito de la salud mental, requieren, en primer lugar, la consideración de la salud mental como derecho, y en segundo lugar, la adopción de un modelo de atención a las personas con discapacidad psicosocial.

1.1. La salud mental como derecho humano

La conceptualización de la salud mental como derecho humano es el punto de partida necesario. La OMS la define como un «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad». Esta definición trasciende la mera ausencia de trastorno mental, situándola en la realización personal y social. La salud mental es un componente integral y esencial del derecho a la salud.

Al hablar de salud mental y discapacidad psicosocial, debemos partir de dos premisas innegociables. La primera premisa consiste en la consideración de que se trata de un fenómeno social y no de un problema individual; lo que implica no culpar a las personas de su malestar y reconocer el papel determinante de las condiciones sociales, económicas y políticas. La segunda premisa consiste en afirmar que se trata de una cuestión de derechos. El acceso a servicios de salud mental adecuados no es caridad o una concesión asistencial, sino un derecho exigible que genera obligaciones para los Estados y las instituciones públicas. Los Estados tienen la obligación de garantizar y proteger este derecho, asegurando que las políticas y servicios se ajusten a las normas internacionales de derechos humanos, promoviendo la inclusión, la autonomía y la no discriminación.

1.2. El enfoque exigente de derechos humanos en salud mental

El enfoque de derechos humanos en salud mental implica un cambio paradigmático que va más allá del reconocimiento formal. El discurso pasa de ser asistencialista a ser un discurso de pretensiones e intereses legítimos que son irrenunciables y están fuera del regateo político o económico.

Un enfoque exigente de derechos humanos se distingue por ser integral, transformador y no negociable. El enfoque exigente no es solo intensidad; es también comprensión profunda de que los derechos humanos son el marco fundamental e irrenunciable para abordar toda intervención en salud mental.

Alguna de las características distintivas del enfoque exigente aplicado a la salud mental son el rechazo del paternalismo, la perspectiva transformadora y la agencia múltiple.

Así, el enfoque exigente implica el rechazo categórico de cualquier paternalismo benevolente que, bajo justificaciones de protección, limite la autonomía y capacidad de decisión de las personas. La verdadera protección se basa en crear condiciones que permitan el ejercicio pleno de la autonomía.

Por otro lado, este enfoque no busca reformas cosméticas, sino cambios estructurales profundos que aborden las causas raíz de la discriminación y exclusión. Busca transformar radicalmente el modelo actual hacia uno basado en derechos, autonomía y apoyos comunitarios.

El enfoque exigente de derechos integra la libertad y autonomía como agencia ética, política y jurídica de las personas con discapacidad psicosocial. Reconoce que las personas son competentes para determinar lo qué es bueno para sus vidas (agencia ética); supone garantizar su participación efectiva y real en la toma de decisiones que les afectan, tanto en el tratamiento individual como en el diseño de políticas y servicios (agencia política); y, exige el reco-

nocimiento de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones, incluyendo el derecho a tomar decisiones legalmente vinculantes sobre salud mental (agencia jurídica).

El marco internacional de derechos humanos, especialmente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), exige un enfoque de la legislación sobre salud mental basado en los derechos. La CDPD refuerza la protección de las normas internacionales y reconoce que los derechos de las personas que se enfrentan a barreras de salud mental y discapacidad psicosocial son iguales a los de cualquier persona. El enfoque exigente implica un mandato para adoptar caminos basados en derechos, brindar servicios centrados en la persona y de índole comunitaria, sensibilizar y combatir el estigma, erradicar la discriminación y la coerción, promover la inclusión y participación, y desarrollar medidas de rendición de cuentas.

Para abordar la discapacidad como cuestión de derechos humanos desde el enfoque exigente, es necesario revisar conceptos tradicionales. Los marcos conceptuales tradicionales de derechos humanos partieron de un sujeto abstracto que no contemplaba la diversidad humana y las necesidades específicas de ciertos grupos (De Asís, 2013). Frente a la igualdad formal o ante la ley, el enfoque exigente parte del hecho de la diferencia (Barranco, 2011). La igualdad formal es insuficiente e incluso discriminatoria si no considera diferencias relevantes. La discriminación ocurre tanto al considerar diferencias no relevantes (directa) como al no considerar diferencias relevantes (indirecta). Esto lleva al concepto de igualdad material o sustantiva, que exige medidas positivas para garantizar el disfrute efectivo de derechos. La igualdad material debe incorporar la discriminación estructural, reconociendo que la posición desventajosa de las personas con discapacidad se debe a cómo la sociedad está organizada, no a sus características individuales.

2. IMPLICACIONES PRÁCTICAS DEL ENFOQUE EXIGENTE

De esta forma, el enfoque exigente tiene implicaciones prácticas concretas y no negociables tales como la participación efectiva, la adopción de sistemas de apoyo y la eliminación de la coerción.

Exige la participación efectiva de personas con experiencia vivida (expertas por experiencia) en todos los niveles de planificación, implementación y evaluación de servicios. Esta participación debe traducirse en poder real de decisión (nada sobre nosotros/as sin nosotros/as).

Requiere el desarrollo de sistemas de apoyo para la toma de decisiones que respeten la voluntad y preferencias de las personas, en lugar de sistemas de sustitución de la voluntad. Esto implica una profunda transformación de prácticas profesionales y culturas institucionales e incluye la figura de apoyo que facilita el acceso, cumplimiento y ejercicio de los derechos.

Demanda la eliminación progresiva pero decidida de todas las formas de coerción y tratamiento forzoso, desarrollando alternativas basadas en el consentimiento libre e informado y el respeto absoluto a la autonomía. Supone desarrollar servicios de crisis comunitarios, equipos domiciliarios, centros de respiro, que permitan abordar crisis sin recurrir a la coerción. Las disposiciones legislativas esenciales para eliminar la coerción incluyen la promoción del consentimiento informado, la planificación anticipada (facilitando que las personas establezcan su voluntad y preferencias anticipadamente, especialmente en crisis), el apoyo en crisis, la prohibición del internamiento y el tratamiento involuntarios, y la eliminación del régimen de aislamiento y la contención.

La implementación efectiva del enfoque exigente exige así desarrollar modelos de atención integral psicosocial centrados en los derechos humanos (De Asís, Barranco, Cuenca, Guilarte, Palacios, 2023). Este modelo debe superar radicalmente la visión tradicional del modelo médico paternalista, dirigiéndose

al modelo social que entiende la discapacidad no en la persona, sino en el entorno. Esta transición implica abandonar la perspectiva que localiza el «problema» en la persona y su patología, para dirigir la atención hacia las barreras sociales, actitudinales y ambientales que impiden la participación plena. En la práctica, exige reemplazar los procedimientos basados en la sustitución de la voluntad por sistemas que potencien y fortalezcan la voluntad y preferencias individuales, partiendo de las fortalezas, habilidades y posibilidades de las personas.

La atención integral basada en un enfoque exigente de derechos es holística, comunitaria, personalizada y participativa.

Es holística porque aborda aspectos clínicos, pero también sociales, laborales, educativos, habitacionales y relacionales. Reconoce que el bienestar mental se conecta con las condiciones materiales y sociales de vida. Implica coordinar servicios de salud mental con otros servicios sociales, educativos y laborales.

Es comunitaria porque se desarrolla preferentemente en el entorno natural, promoviendo la integración social efectiva. Supera el modelo institucional tradicional y desarrolla redes de apoyo comunitario. Implica un compromiso con el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad.

Es personalizada porque se adapta a las necesidades, deseos, preferencias y circunstancias de cada persona. Abandona enfoques estandarizados que son sustituidos por planes individualizados.

Y es participativa porque garantiza que las personas atendidas sean protagonistas activas de su propio proceso y tengan voz efectiva en todas las decisiones que les afecten. Esta participación se extiende al diseño, implementación y evaluación de servicios.

Además, la atención integral basada en un enfoque exigente de derechos garantiza derechos específicos como la protección frente a prácticas degra-

dantes o inhumanas, la protección de la vida e integridad y el trato respetuoso. El respeto a la autonomía se concreta en el consentimiento informado como norma de oro. Las medidas restrictivas deben ser excepcionales y justificadas estrictamente por necesidad y proporcionalidad. La información previa al consentimiento y a lo largo del proceso asistencial debe garantizarse de manera comprehensiva.

Esta transformación radical hacia un enfoque exigente de derechos exige también una transformación radical de las prácticas profesionales. Los profesionales deben pasar de ser «expertos» que toman decisiones sobre las vidas de las personas, a ser facilitadores que apoyan a las personas en la toma de sus propias decisiones. Esto implica desarrollar nuevas competencias en apoyo a la toma de decisiones, empoderamiento, promoción de la autonomía y trabajo comunitario. Requiere una reflexión crítica profunda sobre las relaciones de poder tradicionales entre profesionales y usuarios/as, promoviendo relaciones genuinamente horizontales y colaborativas.

La formación profesional debe incorporar centralmente la perspectiva de derechos humanos, no como contenido adicional, sino como el marco fundamental desde el que se entiende y practica la intervención en salud mental. Debe ir más allá de la normativa, incluyendo reflexión crítica sobre prejuicios, estereotipos y cómo las prácticas pueden contribuir a la discriminación o a la promoción de autonomía y dignidad. La formación debe ser continua, participativa e incluir la voz de las personas con experiencia vivida como formadoras y evaluadoras. Desde el enfoque exigente de derechos humanos, esta formación es una obligación irrenunciable.

Pero este enfoque se proyecta también en los derechos de los profesionales y en sus condiciones laborales. El enfoque exigente de derechos, como venimos repitiendo es integral y, por tanto, se extiende a todas las personas que participan en las intervenciones.

Una de las áreas más críticas en la aplicación del enfoque exigente es la de los internamientos involuntarios. La propia regulación que permite el internamiento involuntario basado en la discapacidad psicosocial (como el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil) constituye una forma de discriminación estructural que contradice la CDPD.

El enfoque exigente no se conforma con mejorar las garantías procesales de un sistema que vulnera la libertad e igualdad ante la ley. Los criterios actuales (trastorno psíquico, necesidad de tratamiento, ausencia de consentimiento) han sido objeto de críticas sistemáticas por organismos internacionales que consideran cualquier internamiento basado en la discapacidad como una forma de discriminación.

Estudios evidencian que las vulneraciones de derechos, particularmente en ingresos involuntarios y medidas coercitivas, no son casos aislados, sino patrones sistemáticos. Estas vulneraciones son consecuencias inevitables de un sistema que permite la privación de libertad basada en la discapacidad psicosocial, siendo por tanto discriminatorio.

La perspectiva exigente busca la eliminación de los internamientos involuntarios y la creación de alternativas basadas en el consentimiento y respeto a la autonomía.

3. ESTRATEGIAS ACTUALES Y DESAFÍOS

No cabe duda de que instrumentos como la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 y el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, constituyen avances hacia el enfoque de derechos.

La Estrategia 2022-2026 incluye una línea estratégica específica sobre autonomía y derechos, con objetivos como garantizar el ejercicio de derechos, erradicar la discriminación y reducir al mínimo las intervenciones involuntarias

respetando la dignidad. Sus principios fundamentales destacan a la persona como sujeto de derecho, el enfoque de género, la participación, el diálogo, la recuperación personal, la atención personalizada y la continuidad asistencial.

Por su parte, el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, aprobado en abril de 2025, establece líneas estratégicas específicas con acciones, indicadores y resultados. Los derechos humanos ocupan un lugar central, con una línea estratégica específica que busca impulsar un modelo que garantice la autonomía, humanización y equiparación de derechos, así como combatir la estigmatización. Potencialidades del Plan incluyen el refuerzo de recursos humanos, salud mental comunitaria y alternativas a la institucionalización, un modelo orientado a los derechos, optimización del tratamiento, abordaje de la vulnerabilidad, salud mental infanto-juvenil, sistemas de información y salud mental y trabajo. Destaca también la reducción de intervenciones coercitivas (impulsar alternativas, estudio estatal, fomentar modelos reductores, mejorar registro/seguimiento, establecer mecanismos de prevención), la participación de expertas por experiencia, la planificación anticipada de decisiones, la figura de apoyo, y el enfoque comunitario y alternativas a la institucionalización.

Desde el enfoque exigente, es crucial evaluar si estas estrategias y planes se traducen en transformaciones reales y profundas. La efectividad dependerá de su implementación práctica y de los recursos disponibles.

Un indicador clave de transformación real será la participación de especialistas en derechos humanos en el desarrollo de estrategias y planes, en un ámbito tradicionalmente dominado por la perspectiva sanitaria. Pero los indicadores más importantes serán la eliminación efectiva de prácticas coercitivas y discriminatorias, la garantía real de participación de personas con experiencia en posiciones de poder y decisión, y la transformación de culturas institucionales hacia modelos centrados en la persona y sus derechos.

El movimiento asociativo debe jugar un papel fundamental de reivindicación y difusión. Su participación activa es indispensable para que las personas con experiencia directa sean protagonistas del cambio, no meros beneficiarios pasivos. Éstas deben asumir un papel de liderazgo, reconociendo su conocimiento experiencial como *expertise* legítima en igualdad de condiciones con el conocimiento técnico tradicional.

4. EL ENFOQUE EXIGENTE COMO IMPERATIVO ÉTICO Y POLÍTICO

En el contexto actual, el enfoque exigente adquiere una dimensión de resistencia frente a tendencias regresivas. Implica no aceptar recortes en protecciones ya conquistadas ni argumentos que relativicen la fuerza de los derechos humanos. El enfoque exigente debe mantener vigilancia constante frente a intentos de fragmentar el movimiento de derechos de las personas con discapacidad o establecer jerarquías entre tipos de discapacidad.

El momento actual presenta desafíos y oportunidades. El retroceso de derechos es una amenaza, pero la creciente visibilidad de los problemas de salud mental y la mayor conciencia social crean condiciones favorables. La clave está en mantener la exigencia inquebrantable, resistiendo tendencias regresivas y construyendo alianzas amplias.

El enfoque exigente no es intransigencia, sino una perspectiva que confía en la transformación social y la construcción de un sistema respetuoso con la dignidad humana. Solo así se puede aspirar a un modelo de salud mental que respete plenamente la dignidad y autonomía, valore la diversidad y contribuya a una sociedad más justa e inclusiva. La salud mental desde un enfoque exigente de derechos humanos es un imperativo ético y político.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AXA (2025): Estudio sobre Salud Mental en España 2025, disponible en <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-internacional-salud-mental-axa-2025/> (última consulta: 30 de junio de 2025).
- Barranco, María del Carmen (2011): *Diversidad de situaciones y universalidad de los derechos*, Dykinson, Madrid.
- Blackstock, Oni J, Isom, Jessica E., Legha, Rupiner K (2024): «Health care is the new battlefield for anti-DEI attacks», en *PLOS Glob Public Health*, Apr 24; 4(4). (última consulta: 30 de junio de 2025).
- Cuenca, Patricia (2022): «El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal y penitenciaria. Reflexiones y propuestas», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 42, n. 141.
- De Asís, Rafael (2001): *Sobre el concepto y el fundamento de los derechos: una aproximación dualista*, Dykinson, Madrid.
- ____ (2013): *Sobre discapacidad y derechos*, Dykinson, Madrid.
- ____ (2023): «La discapacidad desde el enfoque de derechos humanos», en *Actas del VI Congreso Internacional sobre Derechos Humanos. Derechos Humanos y Discapacidad*, Fundación Mainel, Valencia. Disponible en: <https://e-archivo.uc3m.es/rest/api/core/bitstreams/13c69e0f-b091-4007-9e69-f0585bdcaa76/content> (última consulta: 30 de junio de 2025).
- De Asís, Rafael; Barranco, María del Carmen; Cuenca, Patricia; Guilarte, Cristina; Palacios, Agustina (2023): *Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental*, Confederación Salud Mental España. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Tra-tamientos-Ingresos-Involuntarios-Salud-Mental.pdf> (última consulta: 30 de junio de 2025).
- Fernández Liesa, Carlos (2013): *El Derecho Internacional de los Derechos Humanos en perspectiva histórica*, Civitas, Madrid.
- Lema, Carlos (2021): *Los determinantes sociales de la salud: más allá del derecho a la salud*, Dykinson, Madrid.

Minkowitz, Tina (2008): *WNUSP Implementation Manual for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Disponible en Minkowitz/publication/238691170_WNUSP_Implementation_Manual_for_the_Convention_on_the_Rights_of_Persons_with_Disabilities/links/0deec53ad3fe080640000000/WNUSP-Implementation-Manual-for-the-Convention-on-the-Rights-of-Persons-with-Disabilities.pdf?origin=publication_detail (última consulta: 30 de junio de 2025).

Naciones Unidas (2003). *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation Towards a Common Understanding Among UN Agencies*. Disponible en: <https://unsdg.un.org/resources/human-rights-based-approach-development-cooperation-towards-common-understanding-among-un> (última consulta: 30 de junio de 2025).

**DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO
CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA**

V Congreso Nacional y II Congreso Internacional de Derecho de la Discapacidad: *la salud mental como cuestión de derechos humanos*

21 al 23 de mayo de 2025, Ciudad Real

PALABRAS DE NUESTRO PRESIDENTE

El 'V Congreso Nacional y II Congreso Internacional de Derecho de la Discapacidad: la salud mental como cuestión de derechos humanos' reconoce el momento y la necesidad de tratar, una vez más, los derechos de las personas con problemas de salud mental; genera aprendizaje, resultado de abordar temáticas diferentes —muchas— muy específicas.

Lo que verdaderamente importa es estar juntas y juntos, viendo que gente con conocimiento y currículum importante se preocupa por hacer su aportación a la causa y, con ella, a las personas que tienen un problema de salud mental.

Estoy absolutamente convencido respecto del rol de la sociedad civil como gran dinamizadora de la modernidad en nuestro país. Desde el movimiento asociativo, aunque advirtamos nuestras pequeñas debilidades, tenemos sobrada experiencia para contribuir, de verdad, a la modernización de la sociedad.

NEL GONZÁLEZ ZAPICO
presidente de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA es una entidad sin ánimo de lucro y de interés social que surgió en 1983, como respuesta ante las graves carencias de atención a las personas con problemas de salud mental. En la actualidad, está integrada por 18 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales, las cuales agrupan a más de 300 asociaciones y suman más de 47 000 socios y socias en todo el territorio estatal.

La misión de SALUD MENTAL ESPAÑA es mejorar la adopción de todas las medidas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas que tienen un problema de salud mental y la de sus familias, defender sus derechos y representar al movimiento asociativo creado en torno a la salud mental. Además, desarrolla programas de atención e integración en salud mental, junto a sus entidades miembro, lleva a cabo acciones contra el estigma asociado a la salud mental y reivindica las mejoras necesarias para defender los derechos de las personas a las que representa a nivel estatal.

Por su parte, las entidades miembros de SALUD MENTAL ESPAÑA son un ejemplo de participación ciudadana, ya que las personas con este tipo de problemas y sus familiares se unen para reclamar mejoras en la atención en salud mental y defender sus derechos.

Asimismo, el movimiento SALUD MENTAL ESPAÑA se ha convertido en un punto fundamental de asesoramiento y apoyo a las personas con problemas de salud mental, sus familias y entornos. Ofrecen espacios de participación ciudadana y gestionan programas y recursos de atención domiciliaria, intervención familiar, programas de empleo, ocio y tiempo libre, etc.

QUÉ PIDE LA CONFEDERACIÓN

Aún hoy, numerosos derechos de las personas que tienen un problema de salud mental y de sus familiares se ven vulnerados debido a carencias en la atención; además de la discriminación en diferentes ámbitos, así como la falta de respeto hacia las decisiones que toman sobre su propio tratamiento.

En este contexto, SALUD MENTAL ESPAÑA reclama la plena integración de las personas con problemas de salud mental en la sociedad a todos los niveles: atención sanitaria, recursos sociales, inserción laboral, educación, cultura e imagen pública. Además, exige una adecuada atención social y sanitaria, individualizada y de calidad, a las personas con problemas de salud mental dentro del ámbito comunitario, es decir, que se desarrolle en un entorno corriente y normalizado de la sociedad, evitando la institucionalización, conforme a lo establecido en la Ley General de Sanidad de 1986.

Desde la Confederación se advierte acerca de que numerosas personas con problemas de salud mental necesitan apoyos y programas de integración en el ámbito del empleo, la vivienda, el ocio, las actividades de la vida diaria o la participación social. Como el resto de las personas con alguna discapacidad, deben contar con recursos efectivos de apoyo que promocionen su autonomía y participación en la toma de decisiones.

SALUD MENTAL ESPAÑA exige la igualdad de oportunidades para estas personas, así como dedicar mayores esfuerzos en la prevención de los problemas de salud mental y la promoción de la salud mental en la población, desde un enfoque positivo.

Los apartados sucesivos exhiben la perspectiva y las principales líneas de trabajo de la Confederación, las correspondientes propuestas de mejora a la normativa y a la política pública vigente, y los retos a futuro que se identifican.

PERSPECTIVA DE LA CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA

1. Mirada humanista. La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA pone absoluto foco de atención y acción en las personas que tienen un problema de salud mental, sus familias y entornos. Fomenta la política pública que se centra en la salud, con el acento en los cuidados y el foco indiscutido en las personas.

2. Experiencia en primera persona. Desde esta base, para la Confederación, la perspectiva fundamental es ‘nada sobre nosotras y nosotros, sin nosotras y nosotros’. En este sentido, si bien la salud mental debe entrar —y permanecer— en la agenda política para que se produzcan cambios, se plantea como esencial que se cuente con la participación de las voces protagonistas, quienes tienen experiencia en primera persona y son capaces de señalar la vía apropiada en la asignación de recursos.

3. Autonomía como derecho fundamental. SALUD MENTAL ESPAÑA promueve el principio de autonomía por parte de quienes tienen un problema de salud mental. En línea con lo mencionado por el presidente del CERMI, Luis Cayo, durante la jornada inaugural del Congreso, desde SALUD MENTAL ESPAÑA se adhiere al rechazo a lo que Cayo denominó «memorial de agravios» que el Derecho aún tiene con la salud mental. Entre otros, la persistencia de los internamientos forzados —entendidos como la mayor negación de los derechos humanos recogidos en nuestro ordenamiento jurídico—; los tratamientos ambulatorios no consentidos; la continuidad de realidades de institucionalización sin alternativas y con modelos ‘manicomiales’; un sistema penitenciario con alta prevalencia de personas con problemas de salud mental, y el estigma.

4. Estructuras sociales y exigencias. La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA pone de manifiesto que, para erradicar y/o paliar muchos de los sufrimientos psíquicos de las personas, es necesario abordar cambios estructu-

rales globales. Se plantea que el malestar por el que transitan las personas no es algo individual, sino que proviene, en muchas ocasiones, de estructuras sociales que marcan una serie de exigencias alejadas de la capacidad singular y específica de la persona, que hacen, por tanto, caer en situaciones de aislamiento y de vulneración de derechos.

LÍNEAS DE TRABAJO PRIORITARIAS

1. Enfoque humanizado y personalizado de los DDHH. De la mano de su mirada humanista, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA trabaja permanentemente en fomentar un enfoque humanizado y personalizado de los derechos humanos. Es decir, se insta a tomar distancia respecto del modelo asistencialista, para tender hacia un modelo social, que sitúe a la persona en el centro, respetando su dignidad, derechos e individualidad. En definitiva, se trata de tener una concepción holística del cuidado de las personas, no solo respondiendo a sus necesidades físicas sino también poniendo el foco en su esfera emocional.

2. Rol del tercer sector en la salud mental. En línea con las palabras de Nel González Zapico, presidente de SALUD MENTAL ESPAÑA, resulta determinante poner en valor el rol de las asociaciones del tercer sector y, en especial, el de aquellas asociaciones dedicadas a la atención a la salud. Esto, como eje para las diferentes opciones en los abordajes del cuidado de la salud mental de las personas. Sobre todo, ya que la salud mental es un elemento crucial y transversal, es imprescindible poner esto de relevancia para enfrentar y, en la medida de lo posible, evitar la vulneración de derechos.

3. Formar a quienes intervienen. Desde SALUD MENTAL ESPAÑA se impulsa la formación específica de diferentes perfiles implicados en los procesos de salud mental y derechos humanos. Esto, con el objeto de sensibilizar y formar a quienes asisten a las personas que tienen un problema de salud mental en la perspectiva social de la defensa de los derechos humanos.

4. A su vez, la desinformación y la falta de conocimiento sobre la salud mental y los distintos problemas de salud mental producen que, en muchas ocasiones, la sociedad discrimine y rechace a las personas afectadas por este tipo de problemas. Cualquier persona puede tener en un momento de su vida problemas de salud mental o conocer en su entorno cercano a una persona con un trastorno mental. Es así como, por parte de la Confederación, se procede en términos de comunicación, interna y externa, con un cuidado minucioso del lenguaje, de cara a construir una narrativa genuinamente humanista y con foco en la salud. Para esto, SALUD MENTAL ESPAÑA publicó la guía *Las palabras sí importan*, que tiene como objetivo ofrecer, a periodistas y a la población general, datos y claves sobre la manera más adecuada para expresarse acerca de temas o aspectos relacionados con la salud mental.

PROPUESTAS DE MEJORA NORMATIVA O DE POLÍTICAS PÚBLICAS

1. Derechos no garantizados. Desde SALUD MENTAL ESPAÑA, se plantea que cualquier propuesta que ponga el foco en la mejora en la atención a la salud mental se debe valorar de forma positiva. Sobre todo, al tratarse de una causa que, durante muchos años, ha sido infravalorada o directamente ignorada. Cabe destacar que España cuenta con leyes que abordan la vulnerabilidad específica que atraviesan quienes tienen un problema de salud mental. Sin embargo, se sospecha que, mientras —en el ideal— una ley recoge todas las improntas y todos los derechos vinculantes, en la práctica, que esto esté recogido en el texto, desafortunadamente, no garantiza la satisfacción del derecho.

2. Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Se advierte que la existencia del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, como figura de protección, no tiene sentido desde una perspectiva social, por lo que la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA aboga por la creación y/o desarrollo de figuras de apoyo que puedan sustituir a este artículo.

3. Puesta en valor de normativa existente. Se plantea como fundamental tener en cuenta el marco regulatorio existente y reconducirlo hacia lugares de impacto positivo. Se insta a los poderes públicos a que cumplan con los compromisos de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, no a partir de la exclusiva elaboración de nuevas normas, sino desde la puesta en valor de las existentes.

4. Condicionamientos que inciden. Establecida esta base, desde SALUD MENTAL ESPAÑA se enfatiza en que cualquier intervención, acción y/o actualización normativa debe realizarse desde la perspectiva de género, de manera transversal e interrelacional, destacando que los determinantes sociales y económicos condicionan la salud mental de la población, con mayor incidencia en las mujeres. Además, se pone de relieve que los factores culturales, como la difusión de discursos individualistas que ponen el foco en la autoexigencia y en la hiper responsabilización individual —obviando las causas y estructuras sociales—, configuran un contexto de malestar social que favorece la prevalencia de problemas de salud mental.

5. Propuestas. El 'Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en Salud Mental' es un documento que cumple este año una década y es material de consulta. Se encuentra a cargo de **Irene Muñoz Escandell**, asesora jurídica y coordinadora de la Comisión de Defensa de Derechos Humanos de SALUD MENTAL ESPAÑA.

El 'Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en Salud Mental, 2024' —su más reciente edición— ofrece una panorámica de la situación de las personas con problemas de salud mental, profundizando en diversos aspectos y haciendo propuestas que sirvan para desactivar el prejuicio.

Dicho informe aborda y propone medidas, entre otras cuestiones, sobre el sinhogarismo; la situación de mujeres y empleo; la situación de niñas, niños y adolescentes; la reivindicación de la accesibilidad psicosocial; el impacto de

la reforma civil y procesal en materia de capacidad; la libertad y la seguridad para todas las personas; el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud —frente a la pervivencia del modelo médico-asistencial—; el aumento de los problemas de salud mental entre el alumnado de los centros educativos de España, y el acceso al empleo.

A continuación, se ofrece un repaso sobre ideas clave presentadas en dicho Informe y se detalla, a su vez, qué propone SALUD MENTAL ESPAÑA como vía superadora.

SINHOGARISMO

En consonancia con RED FACIAM, desde la Confederación se propone:

- I) Dotar de una mayor flexibilidad a los recursos del sistema sanitario de atención a la salud mental para que las personas sin hogar puedan generar adherencia a estos.
- II) Situar a las personas en el centro de la atención, no a los sistemas, poniendo el foco en la salud mental. En este sentido, se podría comenzar por la creación de carteras mixtas de servicios, la especialización de los recursos y, en esa línea, el impulso de sinergias entre sistemas, poniendo el acento en el trabajo desde un enfoque multidisciplinar.
- III) Formar de manera continua en salud mental a los equipos profesionales.
- IV) Desarrollar un abordaje psicoterapéutico.
- V) Crear recursos específicos para las y los jóvenes y explorar en profundidad la figura de las mentoras y los mentores como herramienta psicosocial entre las personas jóvenes, que permita el acompañamiento en un momento de construcción vital.
- VI) Flexibilizar los tiempos de permanencia en recursos residenciales y vincular las salidas al cumplimiento de hitos y procesos, más que a normas de funcionamiento o plazos de estancia en los servicios de manera pre establecida.

- VII) Apostar por programas específicos de integración comunitaria que sirvan de complemento a los programas centrados en la vivienda. El acceso incondicionado a una última red de prestaciones públicas tendería a eliminar el efecto del *non take-up* (efecto de no participación o de no acogida, que refiere a la situación en la que personas que son elegibles para recibir una ayuda, subsidio o beneficio no lo solicitan ni lo utilizan), que se da entre las personas con la máxima exclusión social.
- VIII) Implantar soluciones avaladas por sus buenos resultados, como es el modelo 'Housing first'.
- IX) Prestar especial atención al fenómeno de feminización del sinhogarismo.
- X) Profundizar en los indicadores de la dimensión social dentro de la clasificación ETHOS (como los relativos a la privacidad personal, control de quién entra y quién sale, y sensación de que la propia vida no corre peligro), lo cual es clave si se desea tener una visión multidimensional sobre la exclusión residencial de las mujeres, que vaya más allá de los recuentos nocturnos que se realizan en toda España y que dejan fuera a un alto número de personas que se encuentran en situación de vivienda insegura o vivienda inadecuada.

MUJERES

Entre otros aspectos que se tratan en el informe, se destaca la sobrecarga mental de las mujeres y el trabajo. Se toma como antecedente un estudio elaborado por la consultora Deloitte —‘Mujeres en el trabajo 2024’—, que revela los crecientes niveles de estrés y la mala salud mental entre las mujeres, encontrándose entre los factores que los ocasionan: estrés y largas jornadas laborales, mayor carga de responsabilidades en las tareas del hogar, sometimiento a una situación de inseguridad en el puesto de trabajo, trabajo con dolor (problemas de salud relacionados con la menstruación, la menopausia o la fertilidad), etc.

En consonancia con lo mencionado por Deloitte, desde SALUD MENTAL ESPAÑA se propone:

- I) Primero, políticas híbridas y de regreso a la oficina; flexibilidad y equilibrio entre la vida personal y la laboral; así como más líderes de igualdad de género, ya que se ha advertido que la cultura empresarial parece obstaculizar la retención y el avance profesional de las mujeres.
- II) Además, y en paralelo, desde SALUD MENTAL ESPAÑA se propone:
- III) Incorporar los mandatos de género al ámbito de la salud mental. Esto implica un compromiso público en torno al reconocimiento del diferente impacto de las violaciones de derechos humanos de las personas con problemas de salud mental en relación con el hecho de ser hombre y mujer, y con las construcciones sociales asociadas a serlo.
- IV) Crear recursos que promuevan la prevención y la detección de los problemas de salud mental materna, desde la atención primaria, creando recursos para un adecuado tratamiento de problemas que puedan surgir como: depresión postparto; duelo gestacional y perinatal (muerte del bebé en el útero o en el parto); efectos psicológicos de la violencia machista, etc.
- V) Incluir formación y recursos especializados en materia de violencia contra las mujeres con problemas de salud mental en todos los insumos destinados a violencia de género, con el fin de que estas no se queden fuera de los recursos de acogida y de los de atención psicológica especializada en violencia.
- VI) Incluir la violencia contra las mujeres con problemas de salud mental en las comisiones y los acuerdos sociosanitarios.
- VII) Avanzar hacia un modelo de atención individualizada e integral, que adapte las respuestas a las necesidades de cada mujer contempladas desde un enfoque interseccional.
- VIII) Reconocer y garantizar el derecho de las mujeres rurales a la igualdad y la no discriminación, facilitando su acceso a recursos y desactivando estructuras patriarcales que las sitúan en posición de subordinación, a

través de la creación de redes y espacios seguros que permitan contrarrestar las desigualdades.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Como se viene denunciando reiteradamente desde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, los problemas de salud mental en niñas, niños y adolescentes han ido en aumento en los últimos años y están vinculados a importantes cargas psicosociales, económicas y de salud física, tanto para las personas menores afectadas, como para quienes se ocupan de su cuidado y sus comunidades de procedencia. Sin embargo, como señala Morón Nozaleda, existe muy poco conocimiento y, por tanto, concienciación acerca del sufrimiento, el deterioro funcional, la exposición al estigma y la discriminación, así como el mayor riesgo de muerte prematura que se asocia a los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, los cuales tienen una importancia obvia para la salud pública. Además, hay que tener en cuenta que los problemas de salud mental forman parte integral del desarrollo infantil, tanto a nivel sociofamiliar como cognitivo¹.

Como señala el documento ‘La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes: Barómetro de Opinión de la Infancia y Adolescencia 2023-2024’, elaborado por UNICEF ESPAÑA, la salud mental es un componente esencial de su bienestar integral, especialmente, durante la adolescencia, una etapa de desarrollo crítico en la que se consolidan habilidades emocionales, sociales y cognitivas. Este estudio desprende datos relevantes para conocer la situación de la salud mental de las personas jóvenes que viven en España. Los datos que aparecen en la presentación provienen de este estudio. Destaca que el 41,1 % de las personas jóvenes entre 13 y 18 años manifiesta o cree

¹ Morón Nozaleda, M. G. *Marco Legal y Estratégico y Cobertura de Necesidades de Adolescentes y Jóvenes*. South West London & St George's Mental Health NHS Trust.

haber tenido un problema de salud mental en el último año, más de la mitad (51,4 %) no ha pedido ayuda, y 1 de cada 3 no ha hablado con nadie sobre estos problemas. Más de la mitad cree que es mejor dejar que el tiempo pase y por ello evitan pedir ayuda. El 56 % no busca soporte en su centro educativo porque no confía en los profesores u orientadores. Y 4 de cada 10 no pide apoyo porque no sabe lo que le pasa y porque no sabe a quién o dónde acudir².

Asimismo, el Defensor del Pueblo, en su informe anual 2023 (publicado en 2024), subraya que «es efectivo emprender en la infancia acciones destinadas a prevenir los trastornos mentales y a proteger y promover la salud mental en este sector de población». Esta institución revela también que «los datos publicados por el Observatorio del Suicidio en España ofrecen un alarmante incremento de suicidios adolescentes». Por ello, considera que es esencial seguir incidiendo en la prevención de los problemas de salud mental y conductual en las aulas, y en la formación —dirigida tanto al profesorado como a quienes se encargan de la tutela legal de las personas menores—. El Defensor aboga por «la acción conjunta y coordinada del centro educativo», así como «una intervención multidisciplinar» que implique a «la familia y los servicios sanitarios especializados» y denuncia «la falta de recursos especializados, propios o concertados, en los servicios autonómicos de salud»³.

En este mismo sentido, y, pese a que desde el ámbito de la Psiquiatría se continúa incidiendo en la vital importancia de la atención temprana, el sistema público sigue mostrando su total incapacidad para realizar una intervención

² Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Velo-Ramírez, S. y Salado, V. (2024). *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*. UNICEF España. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/barometro-opinion-infancia-adolescencia-2024/>

³ Defensor del Pueblo. (2024). *Infancia y adolescencia en el informe anual 2023*. Defensor del Pueblo. <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2024/06/Separata-menores.pdf>

eficaz y efectiva a partir de medidas que permitan actuar en consecuencia de manera preventiva y no reactiva, lo cual en demasiadas ocasiones tiene fatales desenlaces.

Incide también el informe en la necesidad de protección contra la violencia, abuso y acoso. Citando a la 'Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y adolescencia'⁴, aprobada en 2022 por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, se destaca la necesidad de «un cambio de paradigma, de cómo vemos a la infancia y adolescencia y a la violencia que se ejerce contra ellos y ellas. Un cambio que coloca los derechos y el bienestar físico y emocional de los niños, niñas y adolescentes en el centro de las decisiones».

Relacionado con la cuestión de la violencia y la carencia de atención especializada, denunciamos la utilización de medidas como la contención, el aislamiento y la sobre medicación de niños, niñas y adolescentes⁵. Existe otro tipo de medidas menos lesivas, pero para ello es preciso aplicar un nuevo paradigma de cuidados en los términos que se detallan en el informe⁶.

Desde este planteamiento teórico, se recopila a continuación una serie de reivindicaciones efectuadas en años anteriores por la Confederación SALUD

⁴ Espirales Consultoría de Infancia. (2022). *Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y adolescencia*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

[https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/legislacion.htm»](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/legislacion.htm)

⁵ Augusto, D. (5 de junio, 2024). «Psiquiatría de adultos es un infierno para los niños», afirma una madre sobre la nueva unidad del hospital. Vigoe. <https://www.vigoe.es/vigo/local/psiquiatria-de-adultos-es-un-infierno-para-los-ninos-afirma-un-padre-sobre-la-nueva-unidad-de-hospitalizacion/>

⁶ Tosalina, A. (18 de febrero, 2024). *Lidia, cuatro intentos de suicidio y dos veces atada a la cama de un hospital: «Pero ¡¿qué estáis permitiendo que me hagan?!»*. 20 minutos. <https://www.20minutos.es/noticia/5219071/0/lidia-joven-cuatro-intentos-suicidio-dos-veces-atada-cama-hospital-pero-que-estais-permitiendo-hagan/>

MENTAL ESPAÑA y que, por no detectar avances, siguen siendo pertinentes; también se compilan las recomendaciones publicadas en 2024 por UNICEF España, en el documento 'La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024'^{7,8}. A saber:

- I) Fortalecer los programas y servicios de prevención, detección precoz y atención de la salud mental para niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la Atención Primaria y los sistemas sanitarios autonómicos.
- II) Desarrollar una red específica y especializada de salud mental de calidad para la atención de 0 a 18 años, asegurando la accesibilidad y la equidad en todo el Estado. Esta red debe seguir el modelo de atención comunitaria y contar con las asociaciones de familiares y profesionales en la planificación, desarrollo, control y gestión de los recursos asistenciales.
- III) Impulsar actuaciones planificadas (normas, políticas, programas o proyectos) que se destinen a alcanzar el objetivo de cero contenciones.
- IV) Promover soluciones alternativas a los centros de menores cuando las y los menores tengan problemas de salud mental.
- V) Introducir y reforzar las actuaciones planificadas (normas, políticas, programas o proyectos) de promoción del bienestar y aprendizaje emocional en los centros educativos como espacios protectores.
- VI) Fortalecer la definición de indicadores de riesgo en el sistema educativo, promover actuaciones de prevención y detección precoz de pro-

⁷ Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2016-2024). *Informes sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental*. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA.

<https://www.observatoriodelderechosaludmental.org/estado-derechos-humanos-salud-mental/>

⁸ Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Velo-Ramírez, S. y Salado, V. (2024). *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024*. UNICEF España.

<https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/communication/Barometro-Resumen-Ejecutivo.pdf>

- blemas de salud mental y mejorar la coordinación del centro educativo con las instituciones sanitarias y sociales.
- VII) Impulsar la regulación y la formación habilitante de la figura del Coordinador de Bienestar y Protección de la Infancia, establecida en la LOPIVI; y asegurar su adecuada implementación en los centros educativos como figura clave tanto en la prevención y en la promoción de la salud mental de los y las estudiantes, como en la coordinación con los diferentes actores de la comunidad educativa e instituciones implicadas.
- VIII) Desarrollar la educación en salud en las escuelas, incluyendo la asignatura de educación emocional al igual que existe la de educación física.
- IX) Generar un mecanismo de supervisión, en el que se preste especial atención a las situaciones de acoso escolar o *bullying*. La escuela debería ser siempre un espacio en el que sentirse seguro. Sin embargo, para muchos niños y muchas niñas, su colegio o instituto se ha convertido en la fuente de un tipo de violencia.
- X) Garantizar la existencia de servicios de soporte social a la vivienda, formación e inserción pre-laboral y laboral para adolescentes.
- XI) Revisar el modelo actual de atención a niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental vinculados al sistema de protección social, con el fin de garantizar una atención más ajustada a sus necesidades.
- XII) Desarrollar programas de seguimiento y acompañamiento individualizado para familias con niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, que tienen asociados factores sociales de riesgo grave, como es el encontrarse o haberse encontrado en un contexto de violencia.
- XIII) Desarrollar la cartera de servicios en el Sistema Nacional de Salud en los aspectos específicos de atención a la salud mental de niñas, niños y adolescentes que han vivido o viven en contextos de violencia.
- XIV) Concienciar para normalizar la atención a la salud mental y combatir el estigma: la salud mental como componente esencial del bienestar de la infancia y de la adolescencia.

ACCESIBILIDAD PSICOSOCIAL

El Informe retoma la reivindicación ya tradicional de la Confederación para que se regule la accesibilidad psicosocial, a fin de contar con entornos, procesos, actividades, bienes, productos, servicios, objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos que permitan la acogida y la inclusión de las personas con problemas de salud mental.

Planteado esto, desde SALUD MENTAL ESPAÑA se propone:

- a. Modificar el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y aprobar el correspondiente Reglamento, a fin de establecer y regular la accesibilidad psicosocial y sus condiciones básicas de exigencia y aplicación.

IMPACTO DE LA REFORMA CIVIL Y PROCESAL EN MATERIA DE CAPACIDAD

La Ley de 2 de junio de 2021 que instaura un nuevo sistema de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad se adoptó en cumplimiento de la obligación positiva que se impone a los Estados firmantes de la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de adoptar un sistema de apoyos respetuoso con los principios fijados en el artículo 12 y su interpretación por parte del Comité de los Derechos de las Personas con discapacidad.

Desde la Confederación se propone:

- I) Formar a las y los operadores jurídicos.
- II) Crear un sistema de apoyo flexible y proporcional a las necesidades de cada persona con discapacidad psicosocial (problemas de salud mental), que contemple la metodología de apoyo entre pares y la asistencia personal en salud mental.

- III) Contemplar la naturaleza asistencial de la curatela y, solo de manera excepcional, la función representativa.
- IV) Para ello, se habrá de definir adecuadamente la noción de ‘cuidado’, un valor esencial que ha de estar orientado al bienestar de la persona, conforme a sus necesidades concretas y lejos de visiones paternalistas. No es posible dar por sentado que la noción de cuidado, desde un enfoque de derechos humanos, se comprenda y esté extendida en todos los ámbitos donde este se ha de proveer.
- V) Crear un protocolo de acceso a la justicia que contribuya al ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad y contemple las diferentes especificidades y ajustes procedimentales.
- VI) Proceder al desarrollo reglamentario de la figura de la persona facilitadora, que se ha de extender a todos los territorios y ha de contemplar a las personas con problemas de salud mental.
- VII) Definir el papel de las entidades del tercer sector como colaboradoras de la Administración de Justicia.
- VIII) Abrir la reforma a la creación de medidas que eviten los ingresos y tratamientos involuntarios.
- IX) Promover las voluntades anticipadas en salud mental.
- X) Invertir económicamente. Esto, ante la necesidad de previsión presupuestaria e inversión financiera en nuevos recursos sociales, acordes a los requerimientos de la Ley.

LIBERTAD Y SEGURIDAD

Desde 2014, el Comité Directivo de Derechos Humanos en los campos de la Biomedicina y la Salud del Consejo de Europa (en adelante, CDBIO) ha estado trabajando en un proyecto de Protocolo adicional al conocido como Convenio de Oviedo: ‘Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales con respecto al ingreso y tratamiento involuntario’. Este proyecto es contrario a la CDPD, tanto en su

objeto como en su propósito, al validar la confusión entre coerción y cuidados mediante la legitimación del ingreso y los tratamientos involuntarios de las personas con discapacidades psicosociales —afectando, por tanto, a las personas con problemas de salud mental—.

Desde la Confederación se propone:

- I) La defensa de la imperiosa necesidad de que se siga la senda marcada por la Recomendación sobre el respeto a la autonomía en salud mental, del CDBIO, en contraposición a lo dispuesto en el proyecto de Protocolo adicional al Convenio de Oviedo.
- II) Aprobar normas, diseñar políticas y adoptar medidas que instauren prácticas que garanticen el respeto por la autonomía en la atención de la salud mental, en consonancia con lo dispuesto en la citada Recomendación.
- III) Adoptar las medidas adecuadas para garantizar que se asignen recursos suficientes a la atención de la salud mental, de modo que estas directrices puedan aplicarse. En este sentido, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA ha elaborado, junto con el Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba de la Universidad Carlos III de Madrid, el ‘Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental: Análisis de la protección de derechos de las personas con discapacidad psicosocial en la atención psicosocial y alternativas y propuestas para garantizarlos’; en dicho documento se insta a promover que se termine con los automatismos en la atención a la salud mental que supongan una vulneración de derechos, y que haya cauces para que las personas puedan decidir cómo quieren ser tratadas en un entorno sanitario, de atención y cuidados conforme a la CDPD.

SALUD

En el apartado de salud del ‘Informe sobre el Estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2024’, desde la Comisión de Defensa de Derechos Humanos de SALUD MENTAL ESPAÑA se pone el foco, en particular, en i) la pervivencia en el contexto sociosanitario del modelo médico-asistencial y ii) el aumento de los problemas de salud mental entre el alumnado de los centros educativos de España.

Desde la Confederación se propone:

- I) Adoptar en las políticas públicas un enfoque basado en los derechos humanos en el que, entre otros aspectos, se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones de las decisiones en materia de salud mental desde una perspectiva intersectorial.
- II) Un enfoque preventivo y de detección temprana: implementar las recomendaciones efectuadas en el apartado destinado a niños y niñas de este mismo informe.
- III) Desarrollar iniciativas sobre salud mental en centros educativos, como promover actividades en las que jóvenes con problemas de salud mental compartan su experiencia con otras personas de su edad en centros escolares.
- IV) Humanización del sistema, poniendo a la persona en el centro, de modo que no sean las personas las que deban adaptarse al sistema, sino que se desarrolle un sistema saludable al servicio de las personas.
- V) Participación de las personas con problemas de salud mental como sujetos activos y no como objetos de tratamiento, generando equipo con los distintos y distintas profesionales.
- VI) Apertura de un debate que lleve al análisis riguroso del fenómeno de la sobre medicación, incluyendo también los factores sociales.
- VII) Incorporar un enfoque más equilibrado entre lo bio y lo psicosocial.

- VIII) Cuidar el vínculo terapéutico, mediante la continuidad de la asistencia con profesionales de la Psiquiatría o la Psicología de referencia o un equipo coordinado que comparta la historia exhaustiva de la persona, de manera que no se tenga la sensación de empezar de nuevo en cada consulta.
- IX) Desarrollar sistemas abiertos en las Unidades Hospitalarias de Agudos, con personal motivado y formado en humanización y con la inclusión de otros profesionales que provean de actividades y diversas terapias a los servicios y tratamientos de la unidad, siguiendo las experiencias de buenas prácticas europeas.
- X) Disponer medidas para cuidar a quienes cuidan, en este caso, al colectivo sanitario.
- XI) Reforzar los primeros niveles de atención: inversión en Atención Primaria como puerta de entrada al sistema.

ACCESO AL EMPLEO

La Comisionada de Salud Mental, Belén González Callado, reivindica la necesidad de «cambiar las condiciones laborales para que el trabajo deje de doler» y de llenar las consultas de salud mental, teniendo en cuenta que «no tener trabajo» también es causa de sufrimiento psíquico⁹. El trabajo es para cualquier persona una fuente de identidad que ofrece sentimientos de utilidad y motivación, al tiempo que promueve sociedades más inclusivas.

En este sentido, desde la Confederación se advierte que se sigue sin promover un empleo sostenible para las personas con problemas de salud mental. Con los recursos oportunos, un problema de salud mental no tiene por qué ser un impedimento para acceder al empleo. Las personas con problemas de

⁹ Alonso, O. y Fernández, B. (20 de febrero, 2024). «Belén González, comisionada de Salud Mental: El trabajo tiene que dejar de doler». *EFE*. <https://efe.com/salud/2024-02-20/salud-mental-trabajo-comisionada-sanidad/>

salud mental tienen habilidades, capacidades y destrezas como cualquier otra. Muchas veces, lo único que les falta es la oportunidad para poder demostrarlas.

Desde la Confederación se propone:

- I) Reservar un cupo de plazas para personas con discapacidad psicosocial (problemas de salud mental) en el acceso al empleo público. Dentro del cupo general destinado a personas con discapacidad, que actualmente es del 8 %, se habrá de destinar un ‘subcupo específico’ de mínimo del 2 % para personas con discapacidad psicosocial.
- II) Garantizar ajustes razonables y soportes destinados a personas con discapacidad psicosocial.
- III) Disponer que la acreditación de la necesidad de esos ajustes razonables se pueda realizar más allá de la certificación de un determinado grado de discapacidad. La CDPD no discrimina según porcentajes y prevé la disposición de ajustes razonables cuando estos son necesarios. Por tanto, es importante que en los casos en los que sea necesaria una adaptación acreditada mediante informe médico o cualquier otro medio de prueba aceptado en Derecho, aunque no se llegue al 33 % en el reconocimiento del grado de discapacidad, esta se adopte igualmente.
- IV) Capacitar a los órganos de selección.
- V) Concienciar y sensibilizar a la sociedad en materia de discapacidad psicosocial para garantizar igualdad de trato y evitar sesgos.
- VI) Disponer planes de formación y capacitación para el empleo, adecuados a las necesidades y particularidades de las personas con problemas de salud mental.
- VII) Establecer un plan de sensibilización ambicioso y efectivo, en materia de integración laboral de personas con problemas de salud mental y de creación de entornos de trabajo saludables y positivos.

- VIII) Promover actuaciones planificadas, dirigidas a facilitar y promover la concienciación y adquisición por parte del funcionariado de las habilidades necesarias para impulsar una cultura del trabajo que favorezca la salud mental y la acogida en los casos en los que esta pueda verse afectada. Para ello, se han de promover factores protectores que favorezcan una salud mental positiva, conservando la estabilidad y brindando herramientas para afrontar las situaciones complejas que surjan en el contexto laboral. Tales factores que previenen problemas de salud mental y facilitan los procesos de recuperación y/o rehabilitación, son, entre otros: establecimiento de sistemas de apoyo (en especial, la asistencia personal en salud mental, como la figura del agente de apoyo mutuo), existencia de un sistema de reconocimiento por la labor efectuada, normas claras y justas, etc.
- IX) Impulsar una cultura del trabajo que favorezca una buena salud mental.
- X) Crear una política organizacional que establezca estrategias de acción coordinadas y acciones que reflejen el mensaje de una cultura de bienestar. Esto implica también una cultura de trabajo que incluya la reflexión y el debate permanente y la promoción de la conciencia entre trabajadores y trabajadoras sobre el comportamiento ético con cada persona, y realizando prácticas centradas en la persona y que capaciten para una comunicación sensible y adaptada.
- XI) Incorporar la perspectiva de género a la salud mental.
- XII) Promover programas de Centros Ocupacionales, Centros Especiales de Empleo, empleo con apoyo, y reserva de plazas en plantillas públicas y empresas privadas.
- XIII) Fomentar programas de formación para el empleo.
- XIV) Apoyar experiencias de tipo cooperativo de personas con experiencia propia en salud mental.
- XV) Impulsar programas para jóvenes, en coordinación con el ámbito educativo, para compartir experiencias, generar confianza y resiliencia, y combatir la soledad.

PRINCIPALES RETOS A FUTURO

1. Recursos humanos y económicos. Desde SALUD MENTAL ESPAÑA se plantea que los cambios positivos surgen de la aportación de los recursos económicos necesarios que emanen de la Ley de Presupuestos Generales del Estado, con intereses que persigan el bienestar de todas las personas. En línea con lo mencionado por Fernando Lamata, miembro del Consejo Consultivo de SALUD MENTAL ESPAÑA, durante su intervención en el Congreso, se afirma que «las ideas deben llevarse a leyes; las leyes, a su vez, tienen que plasmarse en políticas públicas, que supongan recursos procedentes de impuestos progresivos». Se plantea que la consecución de recursos, tanto humanos como económicos, es la clave para garantizar la existencia y la estabilidad de los sistemas y las estructuras que posibiliten un enfoque social de los derechos humanos.
2. Modelos de intervención comunitaria. Ante recursos enfocados en la institucionalización, la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA apuesta por un abordaje que desarrolle modelos de intervención comunitarios, basado en evidencias y llevado a la práctica sobre los principios de autonomía de la persona; intervención temprana; continuidad de la atención; accesibilidad psicosocial; atención integral comprensiva de todas las intervenciones precisas; equidad; responsabilidad; participación y calidad.
3. Tratamientos e ingresos involuntarios. En línea con lo planteado hasta este punto, y lo que podría entenderse como un inciso del reto número dos, se observa un abuso en cuanto a los tratamientos y los ingresos involuntarios, así como de las medidas de contención que experimentan las personas que tienen un problema de salud mental, y que deberían tender a cero. Para esto resulta central avanzar en el sentido de una atención continuada y cercana a la persona.

Cabe mencionar el rechazo frontal que el movimiento asociativo SALUD MENTAL ESPAÑA ha manifestado respecto del Protocolo adicional al Convenio de Oviedo, que pretende regular medidas restrictivas de la libertad como son el ingreso y tratamiento involuntarios, que suponen un ataque directo a la dignidad de las personas con problemas de salud mental. Como reto y como reclamación absoluta, desde la Confederación se aboga por su paralización definitiva, ya que dicho protocolo confunde cuidados con coerción, autoriza la privación de libertad de la persona, no tiene en cuenta el impacto que tales medidas producen en la salud física y mental de las personas a las que se les aplican, ni promueve la creación de recursos alternativos que respeten su voluntad.

4. Sistema de apoyos. La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA aboga por que el análisis de las necesidades de las personas se contempla desde una perspectiva más amplia que desde la atención sanitaria, situando a la persona en el centro de la acción. Fruto de este análisis, se podrán determinar los apoyos necesarios. En este sentido, dentro de este sistema de apoyos es de vital importancia la figura jurídica de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Con esto, se podrá lograr que los apoyos sean individualizados y, por tanto, se propiciarán mayores garantías para la inclusión sin barreras de las personas con problemas de salud mental.
5. Formación basada en derechos. Dado que muchas de las personas afectadas y de los perfiles profesionales implicados aún desconocen la normativa vigente referida al cuidado de la salud mental —con la consecuente vulneración a los derechos que esto implica— SALUD MENTAL ESPAÑA continúa abogando por la formación específica de todos los perfiles implicados en los procesos de la salud mental y los derechos humanos. Como se menciona en apartados previos del presente documento, esto atañe a diferentes perfiles implicados en los procesos de salud mental y derechos humanos.

6. Determinantes sociales. Abordar la salud mental desde los diferentes escenarios con impacto en el desarrollo de los problemas de salud mental, y fomentar, así, la inclusión. En este marco, se insta a considerar lo emocional, lo cultural, el empleo, la educación, la vivienda, entre otras variables. La Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA aboga, por tanto, por la inclusión de los determinantes sociales en cualquier análisis y/o enfoque que atañe a la atención de la salud mental.

EL DERECHO AL BIENESTAR PSÍQUICO Y A ENTORNOS MENTALMENTE SALUDABLES

Gloria Álvarez Ramírez

Doctora en Derecho

Experta en Derecho de la Discapacidad y consultora sociojurídica

1. INTRODUCCIÓN

En un mundo donde el ritmo de vida es acelerado y las interacciones son cada vez más complejas, se hace necesario analizar cómo factores externos influyen en nuestra salud mental y bienestar. Desde el espacio familiar o educativo hasta el lugar de trabajo o de ocio, cada componente del entorno de una persona puede tener efectos significativos en su estado mental, emocional y psicológico.

La evidencia sugiere que los factores ambientales, organizacionales y sociales tienen un impacto mucho mayor que la genética en nuestra calidad de vida y en las probabilidades de padecer enfermedades mentales. Sin embargo, hay una tendencia al alza del deterioro de la salud mental y del bienestar derivado de entornos nocivos.

Transformar los entornos para que sean escenarios saludables y brinden oportunidades de prosperar en igualdad de oportunidades, amerita aunar esfuerzos individuales y colectivos para amplificar las voces a fin de crear con-

ciencia sobre la salud mental y el bienestar psíquico, y proteger más y mejor estos activos sociales y derechos humanos.

2. SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSÍQUICO

En los últimos años se ha producido un aumento significativo del debate sobre cómo mejorar la salud mental en los entornos (laboral y educativo, principalmente) ya que cada vez hay más conciencia de la importancia de apoyar la salud mental y bienestar de las personas y responder a sus necesidades.

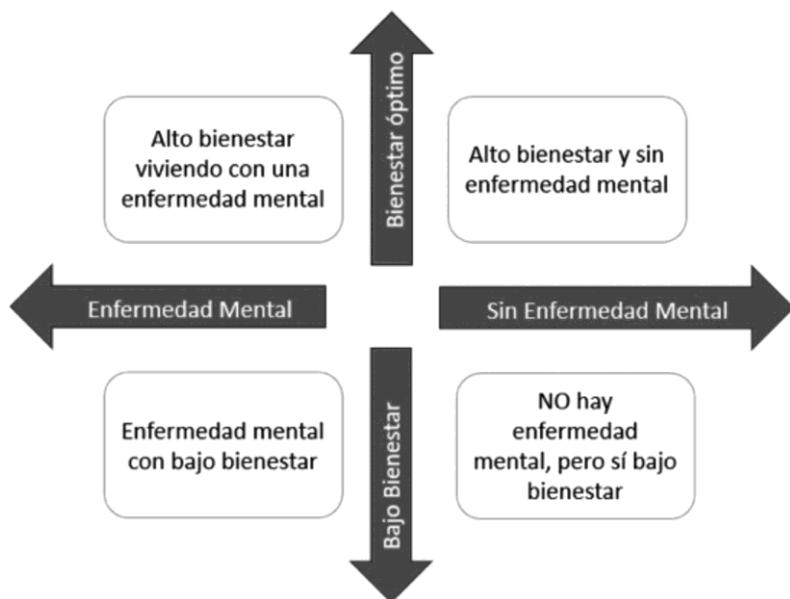
Sin embargo, al hablar sobre salud mental y bienestar psíquico puede resultar confuso saber qué término usar. A menudo se usan indistintamente, y si bien son términos que deben considerarse como estrechamente conectados, son conceptos independientes.

El bienestar psíquico tiene diferentes significados para cada persona. Podríamos definirlo como el estado de equilibrio emocional y mental en el que una persona se siente satisfecha y en armonía consigo misma y con su entorno. Con frecuencia se usa para referirse a nuestra capacidad para afrontar las experiencias cotidianas: los llamados altibajos de la vida. También puede relacionarse con la sensación de propósito o la capacidad de conectar con los demás.

Por su parte, la salud mental es descrita por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) como mucho más que la ausencia de enfermedad: «es una parte intrínseca de nuestra salud y bienestar individual y colectivo». Se trata de «un estado de bienestar mental que sustenta las capacidades individuales y colectivas de las personas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo». Luego en esta noción de salud mental se engloba, la noción de bienestar psíquico.

Así que, ¿Hay alguna diferencia entre estos términos? La respuesta es sí, y también no. Para ponerlo en perspectiva, la siguiente matriz nos ayuda a explorar la relación entre la salud mental y el bienestar.

Salud mental y bienestar: Un *continuum*



Elaboración propia a partir del Modelo continuo de salud mental.

Si pensamos en la salud mental, al igual que la salud física, todos nos encontramos en un espectro. En un extremo, tenemos la salud diaria (nutrición, ejercicio, sueño, etc.) y, en el otro, las afecciones físicas diagnosticables (diabetes, las enfermedades cardíacas, etc.). Lo mismo ocurre con la salud mental: tenemos la salud mental diaria (estrés, ansiedad, cambios de humor, etc.) que todos experimentamos, y luego tenemos afecciones como la depresión, el trastorno bipolar, trastornos de la alimentación, por nombrar algunas.

Así que, ciertamente son términos estrechamente relacionados que actúan como un *continuum*. Pensar en la salud mental y el bienestar como un continuum resulta útil para entender y aproximarse a la salud mental como un espectro o línea acompañada del bienestar, en lugar de poner el foco en el diagnóstico de la enfermedad mental.

Si una persona experimenta un bajo bienestar psíquico durante un largo período de tiempo, es más probable que desarrolle un problema de salud mental. Si ya padece un problema de salud mental, es más probable que experimente períodos de bajo bienestar mental que alguien que no lo padece. Pero eso no significa que no vaya a tener períodos de buen bienestar. Por ejemplo, mientras una persona lida con un problema de salud mental que le ocasiona tener poca energía para llevar a cabo las tareas diarias, todavía puede exhibir bienestar al encontrar formas efectivas de manejar esa falta de energía.

Entonces cuando se habla de bienestar psíquico, lo más probable es que se haga referencia a nuestra percepción cotidiana de la salud mental, a las cosas que experimentamos a diario, (como el estrés laboral, el agotamiento o pasar por un momento emocional difícil), en lugar de al espectro completo de la salud mental, que incluyen las afecciones.

3. EL BIENESTAR PSÍQUICO COMO DERECHO

El matiz diferencial entre salud mental y bienestar (psíquico) resulta importante para ayudar a comprender el bienestar como un fenómeno social y de salud pública, porque el bienestar por mucho tiempo ha quedado fuera del modelo de la salud, ya que el bienestar no es una entidad diagnosticable.

La narrativa tradicional sobre el enfoque de la salud mental ha puesto el énfasis en el diagnóstico de la enfermedad mental y su tratamiento, eclipsando así al bienestar. Y aunque si bien en los últimos años se ha producido un cambio de paradigma hacia una perspectiva más holística y positiva de la salud

mental, el término bienestar psíquico parece o bien utilizarse como sinónimo de salud mental, o encapsularse y diluirse en este concepto.

Pero considerar el bienestar psíquico por sí mismo como un derecho humano básico es indispensable. El bienestar mental y emocional permite impulsar el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico, ya que influye en la forma en que las personas enfrentan los desafíos de la vida cotidiana. Resulta esencial para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Y es que gozar de buen bienestar psíquico es necesario para disfrutar de aspectos fundamentales de la vida, como la educación, el trabajo, el ocio, y participar en ellos. De tal manera que conseguir el más alto nivel de bienestar (psíquico) posible depende de lo bien que se promueva y proteja toda la gama de derechos humanos.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce la salud y el bienestar como un derecho de todas las personas: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad».

Asimismo, desde hace décadas el bienestar empezó a posicionarse como parte del desarrollo para proporcionar una nueva narrativa de la sostenibilidad, ubicando el bienestar (individual y colectivo) como precursor para lograr los cambios necesarios que encaminen hacia un desarrollo sostenible e inclusivo.

La Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible aprobada por la ONU hace referencia explícita a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y

afirma que con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se pretende hacer realidad los derechos humanos de todas las personas.

El ODS número 3 se inscribe bajo el título *Salud y Bienestar*, cuyo fin es promover el bienestar y garantizar una vida sana son objetivos que resultan esenciales para alcanzar un verdadero desarrollo sostenible.

Para comprender por qué se recoge salud y bienestar en un mismo ODS, hay que recordar que la OMS definió la salud, en su constitución de 1948, como «un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia». La definición señala que la salud presenta diversas dimensiones: sociales, físicas y psicológicas y sugiere que el objetivo final no es solo tener una mejor salud sino alcanzar un mayor bienestar. En este sentido, el organismo internacional entiende que la salud no es sinónimo de bienestar, pero interpreta que la salud es a la vez un componente intrínseco y determinante del bienestar. Por otra parte, tampoco habla de bienestar subjetivo y mantiene que es un constructo proveniente de abundante literatura que está buscando hacer operativo el término mediante su inclusión en la métrica de desarrollo, y así lo indica: «El consenso actual sobre la conceptualización del bienestar, o “bienestar subjetivo”, como también se le llama, se basa en dos perspectivas: (i) una perspectiva enfatiza la experiencia directa de placer o positivo emociones; y (ii) el otro a menudo se expresa en términos de la medida en que un individuo se ha dado cuenta talentos y potencialidades de uno o descubrió un propósito en la vida. Como ambas perspectivas son subjetivas, la información sobre el bienestar subjetivo solo puede ser autoinformada por los individuos. Actualmente existe un cuerpo considerable de literatura que está operacionalizando la medición de este constructo y el uso de esta información para anunciar políticas. Además, el bienestar también se puede inferir midiendo las cosas que hacen que una vida vaya bien, como los ingresos, vida familiar, educación y salud. Estrictamente hablando, estas cosas objetivamente buenas de la vida son determinantes de bienestar subjetivo.

Sin embargo, el hecho de que estas condiciones objetivas sean más fáciles para recopilar datos y medir, las ha hecho populares en la investigación del bienestar»¹.

El bienestar, remarca la Agenda, es un estado positivo que experimentan las personas y las sociedades. Al igual que la salud, es un recurso para la vida diaria. Abarca la calidad de vida y la capacidad de las personas y las sociedades para contribuir al mundo con un sentido de propósito. Por lo tanto, centrarse en el bienestar facilita el seguimiento de la distribución equitativa de los recursos, el desarrollo integral y la sostenibilidad.

Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento del bienestar (psíquico) son preocupaciones vitales de las personas y las sociedades. Por ello, es indispensable alentar y apostar por el uso del término bienestar como una expresión que tiene una configuración jurídica propia, que está reconocido, articulado y protegido como derecho.

4. RECONOCIENDO EL IMPACTO DEL ENTORNO EN LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR PSÍQUICO

En términos generales, el entorno se refiere a todo lo que rodea a un individuo, y que influye en él de una manera u otra. Se trata, por tanto, de escenarios de la vida cotidiana en los que las personas desarrollan sus proyectos vitales y construyen vínculos.

El entorno es un concepto que resulta fundamental para entender cómo diferentes elementos y factores afectan nuestras vidas y, en particular, nuestra salud mental y bienestar psíquico. De hecho, el entorno es considerado como

¹ United Nation. Department of Economic and Social Affairs (2019): *Disability and Development Report. Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities.* 2018. United Nation.

uno de los condicionantes más importantes que existen, ya que todo aquello que gravita alrededor de la persona ejerce efectos en su desarrollo, comportamiento y bienestar.

Investigaciones científicas han demostrado la correlación directa entre el entorno y los resultados en materia de salud y bienestar. Hay hallazgos que revelan que el impacto del entorno en la salud y el bienestar personal resulta ser casi ocho veces mayor que el de la herencia genética en términos de esperanza de vida. Desde los espacios donde pasamos mucho tiempo, como aquel donde vivimos, trabajamos o estudiamos, hasta factores como el ruido, o la contaminación del aire, el entorno moldea nuestra calidad de vida, nuestras probabilidades de padecer enfermedades físicas y mentales².

El entorno abarca dimensiones de naturaleza diversa e interdependiente, como la biológica, la física, o la social, lo que determina que existan múltiples tipologías. En este espacio nos referiremos a aquella que los clasifica en entorno natural, entorno construido y entorno social, y reconoceremos el impacto que ellos ocasionan en nuestro bienestar psíquico.

El entorno natural (que suele equiparse con el medio ambiente natural) es un concepto amplio que abarca todos los elementos químicos, físicos y biológicos con los que los seres vivos conviven e interactúan. Incluye elementos como el aire, el clima, el agua, el suelo.

El entorno construido (o también llamado entorno artificial, en contraste con el entorno natural) es el espacio diseñado y construido por el ser humano que proporciona el escenario para sus actividades diarias, que van en escala desde viviendas, edificios y parques o áreas verdes, hasta barrios y ciudades.

² Argentieri, M. A., Amin, N., Nevado-Holgado, A. J. *et al.* Integrating the environmental and genetic architectures of aging and mortality. *Nat Med* 31, 1016-1025 (2025).

Además, incluye todos los elementos de infraestructuras como los sistemas de agua potable, redes de energía eléctrica y de transporte.

Por último, el entorno social es aquel espacio donde las personas se desarrollan en determinadas actividades de la vida, como el lugar donde trabaja, estudia o realiza sus actividades de ocio y recreo. El entorno social se define por las relaciones interpersonales que crea una persona a través del espacio que la rodea.

Cualquiera de estos entornos, por sí solo, o la combinación de ellos, se transforman en un Entorno Mentalmente Saludable cuando se reducen las condiciones o exposiciones de riesgo para nuestra salud mental y, además, se realizan actividades que promueven el bienestar psíquico. Así que un Entorno Mentalmente Saludable es aquel lugar, espacio, escenario en el que las personas participan en actividades diarias, donde los factores ambientales, organizacionales y personales interactúan para afectar positivamente la salud mental y el bienestar psíquico de la persona.

A pesar de la importancia de contar con entornos saludables para mantener nuestra salud mental y bienestar psíquico, la realidad nos revela la tendencia al alza del deterioro emocional y psicológico de la población debido a entornos nocivos.

Entorno natural

Los factores medioambientales pueden afectar significativamente nuestra salud mental y bienestar psíquico. Sin embargo, muchas veces no somos conscientes de ello. Estos factores incluyen la calidad el aire y del agua, la presencia de espacios verdes y naturaleza, o el nivel de ruido y contaminación.

Si atendemos al ruido, este contaminante representa el «segundo factor de carga ambiental de enfermedades en Europa, después de la contaminación del aire»³. Se calcula que una de cada cinco personas vive en zonas en las que los niveles de ruido se consideran perjudiciales para la salud y bienestar.

En nuestro país, se estima que uno de cada tres españoles reconoce que el ruido influye en su estado de ánimo, pero el 90 % de la población no toma medidas sobre ello.

Considerado como el 5.º país más ruidoso de la UE, si bien en 2022, la Organización Mundial de la Salud, lo identificó como el segundo país más ruidoso del mundo, solo después de Japón, la contaminación acústica se ha relacionado con problemas de ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, concentración o depresión en el 35 % de la población española, sobre todo a las mujeres, donde el porcentaje sube casi al 40 %. Y por edades, afecta especialmente a las personas de entre 35 y 49 años, según manifiesta el 42,2 %. Además, el 29,4 % indica que el ruido le impide concentrarse en leer o estudiar y el 23 % que le causa pitidos⁴.

Otro factor medioambiental nocivo, es la contaminación atmosférica, una amenaza silenciosa que nos acecha a diario, aunque no siempre es visible a simple vista. Hay estudios que han establecido una relación directa entre la exposición prolongada a toxinas ambientales y patologías neurológicas, ansiedad, depresión, y problemas de desarrollo cognitivo.

Aunque los niveles de contaminación han mejorado considerablemente en España en su conjunto y se encuentra en niveles que satisfacen el límite de

³ Agencia Europea de Medio Ambiente, AEMA (2020). *El medio ambiente en Europa: Estado y perspectiva 2020*.

⁴ OTICON (2025). *Inteligencia auditiva: la importancia de la audición en España*.

la UE para 2030; todavía está lejos de los niveles recomendados por la OMS para el ozono y partículas PM 2,5⁵. Datos recientes señalan que el 99 % de las proximidades de colegios analizados en nueve ciudades españolas —es decir, cinco de cada seis— supera el actual límite legal de la UE sobre contaminación por dióxido de nitrógeno (NO₂), un contaminante asociado a los tubos de escape de los vehículos, puesto que se origina con las emisiones expulsadas desde los motores de combustión⁶.

Por otra parte, los eventos relacionados con el clima tienen un elevado coste en nuestro bienestar psíquico. Las catástrofes climáticas están asociadas con un deterioro acumulativo en la salud mental.

El cambio climático está provocando fenómenos meteorológicos más frecuentes y extremos: olas de calor, sequías prolongadas, escases de agua, el aumento de los desastres naturales que está dejando una huella profunda en el bienestar psíquico de quienes lo viven de cerca. Ansiedad, depresión, dolor, desesperación, insomnio, son algunas de las consecuencias por la exposición a sucesos potencialmente traumáticos, como presenciar lesiones graves o la muerte, pero también por las pérdidas materiales, la incertidumbre sobre el futuro, la alteración de la rutina o la pérdida de espacios seguros.

Entorno construido

Teniendo en cuenta que pasamos más del 90 % en espacios interiores (vivienda, oficinas, colegios, lugares de ocio, etc.) y la mayor parte del resto del

⁵ Son partículas sólidas o líquidas, que se encuentran en suspensión aerodinámica y cuyo diámetro es de menos de 2.5 micras. La materia particulada incluye sustancias químicas orgánicas, polvo, hollín y metales y proceden fundamentalmente de la actividad humana. Pueden provenir de todas las clases de combustión, como la de los automóviles, camiones, fábricas, quemadas de madera, quemadas agrícolas y otras actividades. Se les considera un contaminante atmosférico por su alta toxicidad y efectos nocivos sobre la salud.

⁶ Ecologistas en Acción (2025). *Calidad del aire en zonas especialmente sensibles: entornos escolares y centros de salud*.

tiempo en contextos urbanos, es inevitable que las condiciones físicas de estos entornos sean un determinante muy importante de nuestra salud mental y bienestar psíquico. Estos espacios tienen una influencia en nuestro estado de ánimo, nuestra productividad, nuestra concentración e incluso nuestras relaciones interpersonales.

Si nos remitimos a la vivienda, el espacio construido más importante, ya que no solo proporciona refugio físico, sino también un sentido de pertenencia, seguridad y estabilidad, investigaciones destacan constantemente que la accesibilidad y la asequibilidad de la misma se asocian con mejores resultados de bienestar y calidad de vida. Sin embargo, la escasez de viviendas accesibles y asequibles en España se ha convertido en un problema que va más allá de las cuestiones económicas.

Datos del 2024, revelan que el 70 % de los inmuebles de Propiedad Horizontal en España no reúnen condiciones de accesibilidad⁷. Ello implica que 100 mil personas con discapacidad y personas mayores con problemas de movilidad continúan sin poder salir de sus viviendas. Pero hay que recordar que la accesibilidad debe responder a todas las personas, no solo a quienes tienen discapacidad. El hecho de quedarse en la vivienda «de manera NO deseada» conlleva soledad y aislamiento social que afecta la autoestima y la calidad de vida, así como el desencadenamiento de enfermedades mentales.

Tampoco las condiciones de habitabilidad son las mejores, muchas personas se ven obligados a vivir en viviendas deficientes, húmedas o altamente degradadas, con todas las consecuencias perjudiciales para la salud mental y su bienestar.

⁷ Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (2023). *Manifiesto del Movimiento CERMI con motivo del 3 de diciembre de 2024, Día Internacional y Europeo de las personas con discapacidad: La vivienda digna y adecuada como derecho fundamental para la vida independiente de las personas con discapacidad.*

Por otra parte, la dificultad para pagar un alquiler o una hipoteca no solo impide adquirir una vivienda digna, sino que afecta nuestra salud mental y bienestar psíquico. El paso de los años muestra un agravamiento progresivo de los indicadores asociados a la exclusión social, lo que deriva en una baja tasa de emancipación de las personas jóvenes, un incremento del sinhogarismo y los desahucios y, además, un aumento de las dificultades económicas de los hogares. Todo ello desemboca, en un fenómeno complejo que tiene que ver con situaciones de desarraigo familiar y social, desempleo, pobreza severa o deterioro personal y social. Esto, a su vez, se asocia con fenómenos ya instalados de estigmatización, trauma psíquico, y comportamiento suicida. Datos revelan que cerca del 40 % de la población española reconoce un impacto negativo de su vivienda en su bienestar emocional y mental al haber experimentado estrés o ansiedad, un 30 % soledad y un 23 % depresión⁸.

Si analizamos el entorno construido desde una escala mayor, a nivel barrios y ciudades, nos encontramos con la gentrificación, un fenómeno urbano que, si bien no es nuevo, ha aumentado considerablemente en España. Este proceso de renovación de una zona urbana, generalmente popular o deteriorada, que implica el desplazamiento de su población residente habitual por parte de otra de un mayor poder adquisitivo, aunque puede traer consigo mejoras en infraestructuras y servicios públicos y permite revitalizar áreas urbanas, también puede tener un impacto profundo y, a menudo, perjudicial en la salud mental y bienestar de las comunidades afectadas que se manifiesta el aumento del estrés y la ansiedad por la inseguridad residencial; en la pérdida de identidad y de comunidad entre los residentes de larga data dejando una sensación de desarraigo social y, también, en la pérdida de redes de apoyo y recursos comunitarios.

⁸Consejo General de la Arquitectura Técnica en España (2024). *La Situación de la vivienda en España*.

Entorno social

Aquellos escenarios donde las personas llevan a cabo determinadas actividades de la vida y desarrollan sus interacciones personales, como el lugar donde trabaja o estudia, tienen un impacto directo en la salud mental y bienestar psíquico. Un entorno social positivo puede actuar como amortiguador frente al estrés y la ansiedad y ayuda a enfrentar los desafíos de la vida de manera más efectiva. Por el contrario, un entorno social nocivo puede tener repercusiones negativas en la salud y bienestar de la persona. Desde problemas de sueño, hasta condiciones más serias como la ansiedad y la depresión.

El entorno laboral está etiquetado de «riesgo psicosocial» porque es uno de los espacios que mayor impacto tiene en la salud mental y bienestar psíquico de las personas. Los riesgos pueden derivarse de la precariedad de los puestos de trabajo, condiciones de trabajo demandantes como cargas o ritmo de trabajo desmedido u horarios excesivamente prolongados, características físicas del lugar de trabajo inseguras o deficientes, cultura institucional que permite los comportamientos negativos, violencia, acoso o discriminación, incertidumbre sobre oportunidades de desarrollo profesional, demandas conflictivas para la conciliación de la vida familiar y laboral, y otros riesgos psicosociales.

Consecuencia de la exposición a estas condiciones organizativas nocivas es el conocido como Síndrome del trabajador quemado, o también llamado Síndrome del burnout o de desgaste profesional, que fue oficializado en 2022 por la OMS como una enfermedad laboral resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo. Este síndrome afecta a un 10 % de los trabajadores en España, y aunque NO está reconocido en el sistema de salud español como una enfermedad profesional, sí existe doctrina judicial que reconoce este agotamiento del trabajador como accidente de trabajo, incluso con la posibilidad de obtener incapacidad permanente.

Si nos referimos a los entornos educativos, el impacto de estos escenarios en la salud mental y el bienestar psíquico de los estudiantes está determinado por una multitud de factores, como el clima emocional, las relaciones interpersonales, la estructura del entorno físico y las prácticas educativas.

En los últimos años, el malestar emocional y los desajustes psicoemocionales en la población infantil y juvenil crecen de forma significativa en los centros educativos. El *bullying* o acoso escolar, una forma de violencia sistemática y persistente, se ha convertido en un problema estructural que amenaza el bienestar, la salud mental y, en los casos más extremos, la vida misma de los estudiantes. Según datos publicados en marzo de 2025⁹, se estima que en España aproximadamente 256 000 menores han sido víctimas de acoso escolar, es decir, casi un 25 % del alumnado entre 5 y 18 años. Los insultos y las burlas representan el tipo de acoso más frecuente (87,6 %), seguidos del aislamiento social (42,6 %). Otro dato sorprendente es que casi la mitad del alumnado (47 %) reconoce no intervenir cuando presencia situaciones de acoso escolar, y 1 de cada 3 víctimas afirma no contar a nadie que sufre *bullying* por miedo o por no preocupar a sus familiares.

Los efectos del acoso escolar son demoledores, autolesiones, aislamiento e intento de suicidio. El 20,4 % de las víctimas y el 16,8 % de los acosadores declaran haber intentado quitarse la vida alguna vez¹⁰.

⁹ Con ocasión del Día Internacional contra el acoso escolar, el 2 de mayo de 2025, diferentes organizaciones como NACE, la Fundación ANAR, Save The Children, Unicef, padres y madres de víctimas de acoso escolar y expertos en salud mental, entre otros, han revelado estas cifras en una jornada en el Congreso de los Diputados. Véase, noticias Europa Press, 2 de mayo de 2025.

¹⁰ Universidad Complutense de Madrid y Fundación ColaCao (2023). *El Estudio sobre el acoso escolar y el ciberacoso en España en la infancia y la adolescencia*.

Entorno digital

En un mundo donde casi todo lo que nos rodea es tecnología, resulta indispensable hablar de los entornos digitales y de los impactos que ocasionan en la salud mental y bienestar psíquico.

Diversos estudios revelan que el uso actual que las personas en España, especialmente los jóvenes, hacen de internet, las redes sociales y las Tecnologías para la Relación, la Información y la Comunicación, conlleva conductas de riesgo, usos problemáticos y/o potencialmente adictivos¹¹.

Uno de los riesgos asociados es la adicción tecnológica. El uso de internet de forma excesiva muestra rasgos psicosociales de impulsividad, timidez, disminución de la autoestima, aislamiento social y menor interés por otras actividades. El uso de pantallas durante un periodo excesivo de tiempo se ha relacionado con estrés, dificultad para concentrarse y memorizar e insomnio.

Otro efecto negativo es la comparación social negativa, la ansiedad social y la baja autoestima. Se viene poniendo de relieve que el tiempo prolongado en plataformas sociales puede aumentar los niveles de depresión y ansiedad, al promover la autopercepción negativa y una dependencia emocional de la validación externa.

La violencia de entornos digitales adopta muchas formas, como el cibercoso, el acoso sexual en línea, la captación en línea para abusos sexuales, la piratería informática, el discurso de odio, la suplantación en línea, entre otros. Los entornos digitales pueden facilitar comportamientos hostiles y críticas

¹¹ Andrade, B., Guadix, I., Rial, A. y Suárez, F. (2021). *Impacto de la tecnología en la adolescencia. relaciones, riesgos y oportunidades un estudio comprensivo e inclusivo hacia el uso saludable de las TRIC*. UNICEF.

constantes. Las estadísticas del ciberacoso en España muestran que 21,1 % de las víctimas que han sufrido ciberacoso han pensado en el suicidio¹².

Además, la exposición constante a noticias y contenidos alarmantes puede generar estrés y agotamiento mental. La mera perspectiva de sufrir un incidente grave online, como un hackeo de correo electrónico o de las redes sociales, también han sido identificados como factores que contribuyen a desencadenar ansiedad digital en usuarios en situación de vulnerabilidad, en concreto las personas mayores.

5. REORGANIZAR LOS ENTORNOS. UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

Los entornos no solo actúan como un telón de fondo en nuestras vidas, también interactúan constantemente con nosotros e impactan en nuestra salud mental y bienestar general.

Por tal motivo, se requiere que nos demos a la tarea conjunta y multidisciplinar de repensar y reconfigurar las características físicas, sociales y económicas de los diferentes entornos (el hábitat natural y el paisaje, los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, de ocio, etc.).

Proteger más y mejor estos activos sociales y derechos humanos (salud mental y bienestar psíquico) implica reorganizar las condiciones subyacentes de la vida diaria para mejorar las capacidades individuales, familiares y comunitarias. Es necesario fortalecer las reglas y regulaciones, introducir mecanismos de apoyo adecuados para abordar las desventajas, defender estos derechos humanos y garantizar un acceso justo y equitativo a la infraestructura, los servicios y las oportunidades para todas las personas¹³.

¹² Universidad Complutense de Madrid y Fundación ColaCao (2023). *I Estudio sobre el acoso escolar y el ciberacoso en España en la infancia y la adolescencia*.

¹³ Organización Mundial de la Salud, OMS (2022). *Informe Mundial sobre la Salud Mental. Transformar la salud mental para todos*.

La salud mental y el bienestar psíquico deben ser entendidos como una responsabilidad colectiva que requiere el compromiso y la acción de todos. Desde individuos y comunidades hasta instituciones y gobierno, cada parte desempeña un papel crucial en la promoción y el mantenimiento de estos derechos. Educar y concienciar sobre la importancia de la salud mental y el bienestar psíquico, así como proporcionar el acceso a recursos adecuados, pueden llevar a transformar la percepción que la sociedad tiene de estos dos fenómenos, reduciendo el estigma y promoviendo un entorno más saludable e inclusivo.

La promoción del bienestar psíquico y la prevención de la salud mental es una prioridad de salud pública. No obstante, las acciones de salud pública requieren políticas, legislación y/o medidas regulatorias basadas en toda la población, con un enfoque multisectorial que permita influir en las políticas públicas de otros sectores sociales. Esto es así, porque reconfigurar los factores individuales, sociales y estructurales que influyen en la salud mental y el bienestar psíquico precisa de experiencia y conocimientos especializados que van más allá del sector de la salud.

Las instituciones, tanto gubernamentales como privadas, juegan un papel crucial en esta tarea. Desde el sector educativo, el del trabajo, la vivienda, el transporte, el turismo y el ocio, el sector energético, hasta el sector de las Tecnologías de la Información y Comunicación y el medioambiental, tienen una responsabilidad compartida de reconfigurar los entornos a fin de proteger mejor la salud mental y el bienestar. Esto incluye reorganizar tanto nuestro entorno inmediato como las condiciones más amplias de la vida cotidiana, y también prevenir las amenazas estructurales como las desigualdades sociales y económicas, las emergencias de salud pública, los conflictos y la crisis climática. Cuando las personas ya se encuentran enfrentando problemas de salud mental, reconfigurar los entornos significa asimismo asegurar la igualdad de oportunidades, introducir mecanismos de apoyo adecuados y desmantelar las barreras que les impide participar plenamente en la sociedad.

Se requiere coherencia y colaboración intersectorial que permita generar intercambio de ideas y experiencias a fin de identificar estrategias, elaborar políticas y ejecutar intervenciones que actúen con eficacia sobre los factores de riesgo para la salud mental y el bienestar psíquico; al tiempo que se desarrollan y refuerzan las habilidades emocionales individuales y sociales ante las adversidades y circunstancias desfavorables.

Algunos de los entornos clave en los que se pueden adoptar medidas para disminuir los riesgos y fomentar la resiliencia son:

- Los **hogares**, donde las estrategias incluyen eliminar y prevenir la violencia de género y el maltrato infantil y de personas mayores; posibilitar una cultura del cuidado digno, o también proteger contra las dificultades de los hogares mediante, por ejemplo, la instauración de una renta mínima para paliar la exclusión social.
- Las **comunidades**, donde las medidas prioritarias pueden ser la de acabar con la discriminación y las estructuras mentales de exclusión como el capacitismo, el edadismo, el sexism, el racismo, entre otras, mediante el afrontamiento de normas y prácticas sociales negativas.
- Las **instituciones educativas**, donde las intervenciones incluyen programas de educación emocional y social, como también iniciativas para contrarrestar el acoso escolar, la discriminación y la violencia.
- Los **lugares de trabajo**, donde se requieren medidas que garanticen condiciones de trabajo decentes, seguras e inclusivas para todas las personas; y medidas que aseguren las adaptaciones necesarias para la autonomía y los derechos del trabajador/a con problemas de salud mental.
- Los **entornos digitales**, donde algunas de las acciones pueden ser la de desarrollar herramientas y programas accesibles para educar y empoderar a la niñez y juventud, así como a sus familias y a sus educadores sobre los riesgos, posibles daños y oportunidades que ofrece el entorno en línea, alentándolos a tomar medidas para protegerlos; ofrecer programas de formación e información abierta y adaptada para que las personas mayores

adquieran las capacidades y competencias para acceder, usar, entender y aprovechar las potencialidades del mundo tecnológico; o garantizar la integración de la perspectiva de género en la educación digital en todos los niveles¹⁴.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Europea de Medio Ambiente, AEMA (2020). *El medio ambiente en Europa: Estado y perspectiva 2020*.
- Andrade, B., Guadix, I., Rial, A. y Suárez, F. (2021). *Impacto de la tecnología en la adolescencia. relaciones, riesgos y oportunidades un estudio comprensivo e inclusivo hacia el uso saludable de las TRIC*. UNICEF.
- Argentieri, M. A., Amin, N., Nevado-Holgado, A. J. et al. Integrating the environmental and genetic architectures of aging and mortality. *Nat Med* 31, 1016-1025 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03483-9>
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI y Organización de Consumidores y Usuarios, OCU (2024). *La protección de las personas consumidoras vulnerables con discapacidad frente a la brecha digital*. Ediciones Cinca.
- _____. (2024). *Manifiesto del Movimiento CERMI con motivo del 3 de diciembre de 2024, Día Internacional y Europeo de las personas con discapacidad: La vivienda digna y adecuada como derecho fundamental para la vida independiente de las personas con discapacidad*.
- Consejo General de la Arquitectura Técnica en España (2024). *La Situación de la vivienda en España*.
- Ecologistas en Acción (2025). *Calidad del aire en zonas especialmente sensibles: entornos escolares y centros de salud*.

¹⁴ Véase al respecto: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI y Organización de Consumidores y Usuarios, OCU (2024). *La protección de las personas consumidoras vulnerables con discapacidad frente a la brecha digital*. Ediciones Cinca.

Europa Press (2 de mayo de 2025). Día Internacional contra el acoso escolar:

De los colegios a las pantallas. Disponible en: <https://www.europapress.es/ep-social/infancia/noticia-dia-internacional-contra-acoso-escolar-colegios-pantalla-20250502120252.html>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2022). *Informe Mundial sobre la Salud Mental. Transformar la salud mental para todos.*

OTICON (2025). *Inteligencia auditiva: la importancia de la audición en España.*

Universidad Complutense de Madrid y Fundación ColaCao (2023). *I Estudio sobre el acoso escolar y el ciberacoso en España en la infancia y la adolescencia.*

United Nation. Department of Economic and Social Affairs (2019): *Disability and Development Report. Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities.* 2018. United Nation.

APOYOS AL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA Y SALUD MENTAL

Juana Morcillo Moreno¹

Catedrática de Derecho administrativo de la UCLM

1. INTRODUCCIÓN: CONEXIÓN ENTRE DISCAPACIDAD Y SALUD

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) define a las personas con discapacidad como aquellas con «deficiencias físicas, mentales², 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 (1.2.^º). Esta tipología de discapacidad se reitera en la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social³ (art. 4.1).

¹ El presente trabajo constituye una versión ampliada de la ponencia impartida el 22 de mayo de 2025 en Ciudad Real, en el marco del V Congreso Nacional y II Internacional de Derecho de la Discapacidad, dedicado a «La salud mental como cuestión de derechos humanos». Asimismo, se enmarca en dos proyectos de investigación que dirigimos la profesora Susana de la Sierra y yo misma:

- Proyecto nacional «Protección jurídica y oportunidades de los colectivos vulnerables ante la digitalización y la inteligencia artificial (PRODIGIA)» (Ref. PID2021-124967OB-I00/AEI/10.13039/501100011033/FEDER,UE).

- Proyecto regional «Digitalización y colectivos vulnerables: protección, garantías y propuestas para su implantación en Castilla-La Mancha (PRODIGITAL)» (Ref. SBPLY/21/180501/000089).

² La «deficiencia» hace referencia a una anomalía o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con el término «anormalidad» se hace referencia estrictamente a la normalidad estadística establecida para los seres humanos y solo debe usarse en ese sentido (anexo I, adaptado a la CIF-OMS/2001, del RD 888/2022).

³ Cuyo Texto Refundido se aprobó mediante Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre.

Operativamente, como indica el *Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad*, por «discapacidad» se entiende la resultante de la interacción entre las deficiencias de las funciones y estructuras corporales (incluyendo las funciones mentales), las limitaciones para realizar actividades, las restricciones en la participación social y las barreras del contexto, todo ello según los baremos de los anexos del propio reglamento.

A su vez, la «discapacidad psicosocial» se traduce en el reconocimiento legal de que una enfermedad o trastorno mental supone limitaciones graves y persistentes en el desempeño vital de la persona y que abocan a alteraciones de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento que condicionan su día a día. Ahora bien, hay que aclarar que se puede tener diagnosticada una enfermedad o trastorno mental y no tener declarada administrativamente una discapacidad.

La salud mental de la población se halla especialmente condicionada por determinantes sociales y económicos. Existen evidencias de que, por ejemplo, el desempleo y la precariedad laboral son factores que incrementan el riesgo de padecer problemas de salud mental. Asimismo, el estrés laboral, la desigualdad de género, las dificultades para conciliar la vida personal, familiar y laboral, la ausencia de tiempo de ocio o la falta de contacto con la naturaleza, entre otras, son causas o riesgos asociados al aumento de problemas de salud mental. De ahí que entre quienes tienen algún problema de salud mental exista una gran variabilidad, respondiendo de manera diversa ante situaciones de estrés, desde el retraimiento hasta una mayor activación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo en 2030. Algunos datos pueden hacernos tomar conciencia de ello⁴:

⁴Cifras que se pueden consultar, con las debidas referencias, en la web de Salud Mental España: <https://comunicalosaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/> (consulta: 20/07/2025).

- En el mundo:

- El 9 % tiene algún tipo de problema de salud mental y el 25 % (1 de cada 4) lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida.
- El 12,5 % de los problemas de salud está representado por los trastornos mentales, una cifra mayor a la del cáncer y los problemas cardiovasculares.
- Entre el 35 % y el 50 % no reciben ningún tratamiento o no es el adecuado.

- En España:

- El 34,3 % padece algún trastorno mental (hombres 31,1 %; mujeres 37,4 %). Esta cifra supera el 40 % en la población de 50 o más años y el 50 % de 85 o más años.
- En cuanto a las personas jóvenes entre 15 y 29 años, más de la mitad (59,3 %) ha tenido algún problema de salud mental en último año.
- El 88 % de las labores de atención y apoyo las realizan personas cuidadoras informales (familia, amigos/as, etc.).
- Entre el 11 % y el 27 % de los problemas se atribuyen a las condiciones de trabajo.
- La tasa de empleo en 2023 de personas con problemas de salud mental era del 19 %. Por tanto, 8 de cada 10 no tenían empleo.

Los datos anteriores reflejan dos importantes consecuencias: (i) en un entorno accesible, la salud mental se fortalece, y viceversa; (ii) la discapacidad psicosocial está ligada a la salud mental y, por tanto, las cuestiones relativas a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial conectan, con mayor o menor intensidad, con el tema del consentimiento informado en el ámbito sanitario.

2. BREVE ENCUADRE NORMATIVO

2.1. Marco constitucional

Para enmarcar debidamente la cuestión, debe partirse de dos importantes principios rectores de política social y económica, recogidos en el capítulo III del título I de la Constitución Española (CE). Nos referimos a los artículos 49 y 43.

El artículo 49 CE (tras la reforma de febrero de 2024) garantiza a las personas con discapacidad el ejercicio de los derechos previstos en el título I en condiciones de libertad e igualdad reales y efectivas (art. 49.1), resaltando tres ideas: (i) la necesidad de entornos universalmente accesibles para lograr la plena autonomía e inclusión social de las personas con discapacidad; (ii) la participación de las organizaciones de personas con discapacidad en la adopción de políticas públicas atinentes a dicho colectivo; y (iii) la atención específica a mujeres y menores con discapacidad como grupos sociales especialmente vulnerables y necesitados de especial protección, previsión que reconoce constitucionalmente la importancia de la interseccionalidad en este ámbito (art. 49.2)⁵.

Por su parte, el artículo 43 CE reconoce el derecho a la protección de la salud, obligando a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, servicios y prestaciones. A tal fin, la ley establecerá los derechos y deberes de todas las personas al respecto.

⁵ La reforma se publicó en el BOE de 17/02/2024 y entró en vigor ese mismo día. Una interesante valoración de esta reforma puede verse en Laura DÍEZ BUESO, «El artículo 49 de la Constitución Española: una renovada protección constitucional para las personas con discapacidad», en Laura DÍEZ BUESO (dir.), *La reforma del artículo 49 de la Constitución Española*, Aranzadi, Las Rozas (Madrid), 2024, *passim*.

Junto a dichos principios, la cuestión de los apoyos al ejercicio de la capacidad jurídica y salud mental conecta con derechos como la dignidad de la persona (art. 10.1), la igualdad (art. 14 CE), la vida y la integridad física y moral (art. 15) o la libertad ambulatoria (art. 17).

En este contexto, ¿qué papel desempeña el Derecho internacional y cómo tiene entrada en la regulación del tema que nos ocupa? La respuesta a dicho interrogante pasa por la cláusula interpretativa recogida en el artículo 10.2 CE, según el cual

«[...]as normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se *interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales* sobre las mismas materias ratificados por España»⁶.

Y no sólo, pues el artículo 96.1 CE señala que los tratados internacionales, tras su publicación en España, formarán parte del ordenamiento interno español. Por tanto, la necesaria toma en consideración del Derecho internacional trae causa del propio texto constitucional.

2.2. Marco internacional

2.2.1. ONU: *Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad*

La norma internacional de referencia en materia de derechos de las personas con discapacidad es la *Convención internacional de derechos de las*

⁶ La cursiva es nuestra. Sobre los efectos jurídicos de la *Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad* en el ordenamiento jurídico español a través del artículo 10.2 CE, *vid.* Juana MORCILLO MORENO, «El reto de la accesibilidad y su incumplimiento por los poderes públicos: consecuencias de la inactividad reglamentaria», *Revista de Administración Pública*, núm. 210 (2019), pp. 292-299 (<https://doi.org/10.18042/cepc/rap.210.10>).

personas con discapacidad, aprobada en el seno de la ONU en 2006 y en vigor en España desde el 3 de mayo de 2008.

Su artículo 12, titulado «*igual reconocimiento como persona ante la ley*» dirige importantes mandatos a los Estados sobre la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, a saber:

- Reconocimiento en *igualdad de condiciones* que las demás en todos los aspectos de la vida.
- Acceso al *apoyo* que puedan necesitar.
- Provisión de *salvaguardias* adecuadas y efectivas para impedir abusos. Esas salvaguardias asegurarán el respeto de los derechos, voluntad y preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos.

Como complemento, la letra d) del artículo 25 CDPD, relativo a la salud, se refiere a la exigencia de que los profesionales sanitarios presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a otras personas sobre la base de un *consentimiento libre e informado*, entre otras formas, mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos a través de la *capacitación* y la promulgación de *normas éticas* para la atención de la salud en los ámbitos público y privado.

A partir de ahí, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aclaró en su *Observación general n.º 1 (2014)* sobre el artículo 12 CDPD algunos aspectos, resaltando cómo históricamente las personas con discapacidad se han visto privadas en muchas esferas, de manera discriminatoria, de su derecho a la capacidad jurídica en regímenes basados en la sustitución en la adopción de decisiones, como la tutela, la curatela y las leyes sobre salud mental que permiten el tratamiento forzoso. El Comité indica que

esas prácticas «deben ser abolidas, a fin de que las personas con discapacidad recobren la plena capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás»⁷.

2.2.2. Consejo de Europa: Convenio de Oviedo y Protocolo adicional

En el marco del Consejo de Europa⁸, debe mencionarse el *Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina* (conocido como Convenio de Oviedo), firmado en 1997 y que entró en vigor en España el 1 de enero de 2000. Se trata de un instrumento internacional clave en el ámbito de la bioética que pretende evitar el uso indebido de la tecnología en el ámbito de la salud, garantizando que los avances científicos no comprometan los derechos fundamentales. Existen cuatro protocolos adicionales.

Como regla general, el Convenio de Oviedo condiciona cualquier intervención en el ámbito de la salud al consentimiento «libre e informado» de la persona afectada⁹. De forma excepcional, y con relación a las personas con discapacidad psicosocial, permite intervenir sin consentimiento en dos situaciones:

- Cuando la persona no tuviera capacidad para expresar su consentimiento¹⁰. En este caso, el consentimiento se prestará por representación y la persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización. Con relación a esta apreciación, el Comité de Bioética de España¹¹ advirtió una posible contradicción

⁷ Vid. apdo. 7 de la citada Observación, disponible en: <http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2019/01/Observaci%C3%B3n-1-Art%C3%ADculo-12-Capacidad-jur%C3%ADcica.pdf> (consulta: 20/07/2025).

⁸ El Consejo de Europa, con sede en Estrasburgo, es una organización intergubernamental formada por 46 Estados europeos y fundada en 1949 tras la II Guerra Mundial.

⁹ Art. 5 Convenio de Oviedo.

¹⁰ Art. 6.3 Convenio de Oviedo.

¹¹ Órgano constituido el 22 de octubre de 2008 y creado al amparo de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

con el artículo 12 CDPD, pues las personas con discapacidad intelectual o psicosocial tienen la misma capacidad jurídica que otras y lo que precisan, para ejercerla efectivamente, son medidas de apoyo.

- Cuando, en el caso de personas con «trastornos mentales graves», exista riesgo para su salud¹². En este supuesto, deben concurrir cuatro condiciones: (i) trastorno mental con merma de facultades mentales; (ii) intervención necesaria para tratar la disfunción mental; (iii) daño en la salud si no se efectúa el tratamiento; y (iv) respeto de las garantías de protección establecidas en las leyes nacionales. En su momento, también el Comité de Bioética de España consideró esta disposición contraria a varios de los derechos recogidos en la CDPD¹³.

Por último, el Convenio de Oviedo señala que las intervenciones involuntarias sobre personas con trastorno mental, al igual que sobre personas que no lo padecen, se podrán llevar a cabo si se trata de medidas necesarias para proteger las libertades o los derechos de los otros¹⁴.

Actualmente, se está tramitando un nuevo protocolo adicional del Convenio de Oviedo, concretamente, sobre derechos humanos y dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a los internamientos y tratamientos involuntarios. El borrador, elaborado por el Comité de Bioética del Consejo de Europa¹⁵ sobre la base de una recomendación de 2004, está negociándose

¹² Art. 7 Convenio de Oviedo.

¹³ Concretamente, a los derechos a no ser privado de libertad arbitrariamente (art. 14); a no ser sometido a torturas o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art. 15); y a recibir una asistencia sanitaria basada en el consentimiento libre e informado (art. 25).

¹⁴ En este sentido, el artículo 26.1 señala que «[e]l ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección contenidos en el presente Convenio no podrán ser objeto de otras restricciones que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas».

¹⁵ Este Comité supervisa y desarrolla estándares legales y éticos en el ámbito de la biomedicina. Elaboró el texto del Convenio de Oviedo, así como el de los protocolos adicionales ya aprobados.

desde 2014, buscando armonizar la legislación con la CDPD. Aunque la finalidad del texto es regular el ingreso y tratamiento involuntarios en psiquiatría, buscando establecer un marco legal más claro y proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental, permite la adopción de medidas involuntarias si (i) la condición de salud mental representa un riesgo significativo de daño grave para la salud de la persona o la de otros; (ii) el tratamiento tiene un propósito terapéutico; y (iii) las medidas voluntarias son insuficientes para afrontar el riesgo. Ello ha sido duramente criticado por el CERMI y Salud Mental España, que han denunciado que el texto vulnera los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial¹⁶.

A la vista de la situación, el Comité de Bioética de España elaboró un informe en 2019¹⁷ en el que realizó interesantes propuestas, entre ellas:

- Recomendar la supresión de los internamientos y tratamientos involuntarios de personas con discapacidad psicosocial¹⁸.

¹⁶ Vid. <https://consaludmental.org/sala-prensa/celebran-paralizacion-protocolo-europeo-internar/> (consulta: 20/07/2025). Ante las críticas recibidas, la versión de 2018 fue paralizada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa hasta finales de 2024. En la fecha de presentación de este trabajo (25/07/2025), el expediente se encuentra en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa para su dictamen.

¹⁷ Vid. *Informe del Comité de Bioética de España valorando el borrador de Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamientos involuntarios*: <https://comitedebioetica.isciii.es/informe-del-comite-de-bioetica-de-espana-valorando-el-borrador-de-protocolo-adicional-al-convenio-de-oviedo-sobre-derechos-humanos-y-biomedicina-sobre-la-proteccion-de-los-derechos-humanos-y-la-dign-2/> (consulta: 20/07/2025).

¹⁸ El 25 de julio de 2025 el Gobierno anunció la decisión de prohibir los internamientos involuntarios de personas con trastornos mentales, «excepto en urgencias vitales que pongan en peligro la vida del paciente o de terceros» (<https://www.msn.com/es-es/salud/other/el-gobierno-prohibir%C3%A1-los-ingresos-forzados-de-personas-con-trastornos-mentales/ar-AA1JgkEr>; consulta: 27/07/2025). Sobre esta cuestión, por lo demás, puede verse el interesante informe realizado en 2023 por Salud Mental España y el Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba sobre Tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental, disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-tratamientos-ingresos-involuntarios-salud-mental/> (consulta: 20/07/2025).

- Constatar la evidencia de que el uso de medidas coercitivas causa aún más daño psicosocial, exclusión y aislamiento del que la persona sufre por su trastorno mental.
- Apostar por la derogación de las normas que permiten los internamientos involuntarios de las personas con discapacidad, quedando tal limitación excepcional circunscrita a un régimen general, al margen de la presencia o no de discapacidad en el individuo.
- Promover una política de salud mental, centrada en la persona, y dotarla de los apoyos necesarios para consentir libremente sobre los cuidados de salud, prestando atención especial a las familias y personas del entorno de confianza.

2.3. Marco nacional

2.3.1. Ley 8/2021: apoyos a la capacidad jurídica

Hasta hace relativamente poco, la protección de aquella persona que tuviera limitada su capacidad jurídica se llevaba a cabo privándola de la posibilidad de realizar actos con relevancia jurídica, que corrían a cargo de su tutor. Era lo que se llamaba incapacitación. El artículo 12 CDPD cambia esta concepción, contraria a la dignidad de la persona, apostando por la prestación del apoyo¹⁹ que la persona necesite para que ejercer, por sí misma y en la medida de lo posible, su capacidad jurídica. El cumplimiento de este precepto ha generado varias reformas en la legislación civil y procesal españolas.

¹⁹ Con relación al «apoyo a la persona», en su Observación General n.º 1 (2014) el Comité señaló que se trata de un término amplio que engloba todo tipo de actuaciones: desde el acompañamiento amistoso, la ayuda técnica en la comunicación de declaraciones de voluntad, la ruptura de barreras arquitectónicas y de todo tipo, el consejo o incluso la toma de decisiones delegadas por la persona con discapacidad. Sólo cuando no pueda darse de otro modo el apoyo, éste podrá concretarse en la representación en la toma de decisiones.

En efecto, aunque en 2015 desapareció la incapacitación tradicional, sustituida por la «modificación judicial de la capacidad», fue la *Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica*, la que marcó un antes y un después en la materia. La Ley 8/2021 establece un sistema basado en la prestación a la persona con discapacidad del apoyo que requiera, de forma que pueda realizar por sí misma aquellos actos para los que no necesite de apoyos, o bien sólo necesite asistencia. De ese modo, sólo se sustituirá a la persona con discapacidad cuando sea indispensable. Es lo que se ha dado en llamar «hacer un traje a medida», esto es, un sistema basado en el respeto a la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad, siempre que sea posible. Esta cuestión se abordará con detalle en el epígrafe 3.

2.3.2. Ley 41/2002: autonomía del paciente y consentimiento informado

En el ámbito de la salud, la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* fue la primera en regular los derechos y obligaciones de pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

El elemento clave sobre el que pivota la Ley 41/2002 para respetar la autonomía del paciente en el ámbito de la salud es su consentimiento libre y voluntario. Sobre ello volveremos en el epígrafe 4.

3. CAPACIDAD JURÍDICA Y APOYOS

3.1. Las medidas voluntarias de apoyo

Tras la Ley 8/2021, el Código Civil (Cc) dedica su Título XI a las «medidas de apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica».

El primero de sus preceptos, artículo 249²⁰, determina el marco común aplicable a cualquier medida de apoyo, medidas que podrá establecer cualquier persona, con independencia de que tenga o no reconocida administrativamente una discapacidad. En consecuencia:

- Las medidas de apoyo a la capacidad jurídica deberán inspirarse en el respeto a la dignidad de la persona, así como en los principios de necesidad y proporcionalidad. Las de origen legal o judicial «solo procederán en defecto o insuficiencia de la voluntad de la persona» (art. 249.1.^º Cc).
- Las personas que presten apoyo actuarán «atendiendo a la voluntad, deseos y preferencias» de quien lo requiera (art. 249.2.^º Cc).
- Cuando tras haberse hecho un esfuerzo considerable no se pueda determinar la voluntad, deseos y preferencias de la persona, las medidas de apoyo «podrán incluir funciones representativas». Esto será excepcional y, en el ejercicio de esas funciones, se deberá tener en cuenta la «trayectoria vital de la persona con discapacidad, sus creencias y valores», así como los factores que ella hubiera tomado en consideración para tomar la decisión en caso de no requerir representación (art. 249.3.^º Cc).

²⁰ El artículo 249 inicia las disposiciones generales del capítulo I del título XI Cc.

El capítulo II del título XI Cc se refiere a las medidas voluntarias de apoyo, que son aquellas «informales» que puede acordar la persona con discapacidad psicosocial, señalando quién debe prestar el apoyo y con qué alcance.

3.1.1. Los poderes y mandatos preventivos

Los poderes y mandatos preventivos se regulan en los artículos 256 y siguientes del Cc. Aunque se detallan las características del poder preventivo, el artículo 262 Cc extiende dicha regulación al «mandato sin poder»²¹.

- Concepto y características. Como cualquier poder, el preventivo puede otorgarse con carácter general (al margen de la capacidad jurídica) o bien incluir, si quien lo otorga (poderdante) así lo desea, una «cláusula de subsistencia» del poder para el caso de que, en el futuro, precise apoyo en el ejercicio de su capacidad. También puede otorgarse solo para este último caso. La situación de necesidad para la prestación del apoyo se acreditará según indique el poderdante; si fuera preciso, se acreditará mediante un acta notarial que, además del juicio del notario, incorpore un informe pericial en el mismo sentido y, en cualquier caso, tenga en cuenta elementos objetivos como un certificado médico, la manifestación del profesional que trate a la persona, la tarjeta de discapacidad, la certificación emitida por la Seguridad Social, etc.
- Objeto. El poder preventivo sólo permite adoptar medidas con relación a la esfera patrimonial (no personal) del poderdante. A tal fin, la persona de apoyo deberá ser de la máxima confianza del poderdante, pues éste le puede autorizar, por ejemplo, a vender bienes, aceptar una herencia o avalar un préstamo. En principio, y salvo que el poderdante indique otra cosa en el poder, para la realización de negocios se seguirán las reglas de la curatela²².

²¹ Frente al poder preventivo, que se otorga de manera unilateral, en el mandato es necesaria la aceptación por parte del mandatario.

²² El artículo 259 efectúa dicha remisión, que somete a autorización judicial –en el artículo 287– la realización de ciertos actos.

- Requisitos del poderdante. Deberá ser mayor de edad y, si se trata de una persona jurídica (pública o privada), carecer de ánimo de lucro y tener entre sus fines la promoción de la autonomía y asistencia a la persona con discapacidad. También pueden ser varios los apoderados que actúen de forma mancomunada o solidaria, simultánea o subsidiariamente.
- Formalización. El poder preventivo se formalizará mediante escritura pública que el notario comunicará al Registro Civil²³.
- Vigencia. El poder preventivo mantendrá su vigencia pese a la constitución de otras medidas de apoyo judiciales o decididas por el propio poderdante. Ahora bien, de otorgarse a favor del cónyuge o pareja de hecho, la separación judicial, el divorcio y, en cualquier caso, el cese de la convivencia producirán su extinción automática, salvo (i) voluntad contraria del otorgante o (ii) que el cese de la convivencia venga determinado por el internamiento de éste²⁴.
- Extinción. Entre otras causas, el poder preventivo se extinguirá por (i) las preestablecidas por el poderdante; (ii) revocación del cargo por el mandante (en cuyo caso el notario debería determinar la situación jurídica de la persona con discapacidad respecto a dicha decisión unilateral); (iii) remoción del cargo por las causas legalmente establecidas²⁵; (iv) renuncia; (v) fallecimiento del poderdante; o (vi) establecimiento de otras medidas de apoyo coincidentes con la medida por la que se otorgó el poder preventivo.

3.1.2. La autocuratela

La autocuratela se regula en los artículos 271 y siguientes del Cc.

- Concepto y características. Esta medida de apoyo permite a quien prevé que en el futuro vaya a necesitar apoyo para el ejercicio de su

²³ Art. 260 Cc.

²⁴ Art. 258.2º Cc.

²⁵ Art. 278.1º Cc.

capacidad jurídica nombrar su propio curador (o excluir a alguien de que lo sea) o delegar dicho nombramiento en otra persona de su confianza.

- Objeto. La autocuratela permite establecer disposiciones tanto en la esfera patrimonial como personal. Piénsese, por ejemplo, en una persona que empieza a sufrir un deterioro cognitivo derivado de una enfermedad mental. Antes de perder sus facultades, tiene la capacidad de decidir cómo organizará su vida para el momento en que suceda. Para ciertos actos de disposición patrimonial se necesitará autorización judicial²⁶. La autocuratela puede ser de tipo asistencial, representativa o mixta (asistencial para unos actos y representativa para otros), según los actos de que se trate.
- Requisitos del curador. Deberá ser mayor de edad y, si se trata de una persona jurídica (pública o privada), carecer de ánimo de lucro y tener entre sus fines la promoción de la autonomía y asistencia a la persona con discapacidad²⁷. Pueden serlo (o excluir de que lo sean) una o varias personas. De hecho, puede designarse un curador para el cuidado de la persona y otro para el cuidado del patrimonio²⁸.
- Formalización. La autocuratela se propondrá en escritura pública y el juez estará vinculado a la misma, salvo que (de oficio o a instancia de las personas llamadas por ley a asumir la curatela o del Ministerio Fiscal) acuerde motivadamente que existen (i) circunstancias graves desconocidas por la persona afectada o (ii) alteración de las causas expresadas inicialmente o que presumiblemente tuvo en cuenta²⁹.
- Extinción. Entre otras causas, el nombramiento de curador se extinguirá por (i) remoción del cargo por las causas legalmente establecidas³⁰;

²⁶ De conformidad con lo dispuesto en el artículo 287 Cc.

²⁷ Art. 275 Cc.

²⁸ Art. 277 Cc.

²⁹ Art. 272 Cc.

³⁰ Art. 278.1.º Cc.

(ii) renuncia; (iii) fallecimiento de la persona con medidas de apoyo; o
(iv) establecimiento de otra medida de apoyo más adecuada³¹.

3.2. La guarda de hecho

La guarda de hecho es una medida informal de apoyo regulada en los artículos 263 y siguientes del Cc y a la que la Ley 8/2021 ha dado un fuerte espaldarazo. Como señala el Tribunal Supremo, dicha Ley «ya no contempla la guarda de hecho como una situación transitoria y provisional, avocada a desaparecer», sino que, como subraya en su Preámbulo, «se transforma en una propia institución jurídica de apoyo, al dejar de ser una situación provisional cuando se manifiesta como suficiente y adecuada para la salvaguarda de los derechos de la persona con discapacidad»³².

Con relación al concepto, la guarda de hecho atribuye la misma a quien la venga ejerciendo de forma adecuada y suficiente, incluso si hay medidas voluntarias o judiciales no eficaces³³. A este respecto, se entenderá un «ejercicio adecuado» cuando no existan conflictos personales o de interés, abuso o influencia indebida y será «suficiente» cuando se cubran las necesidades de apoyo sin tener que acudir al juez de forma reiterada.

Respecto a su formalización, hay que tener en cuenta tres pautas. La primera es que, para su funcionamiento ordinario, no requiere resolución judicial. La segunda es que, cuando el guardador actúe excepcionalmente por representación, hará falta iniciar un expediente de jurisdicción voluntaria para obtener una autorización judicial *ad hoc*, oída la persona con discapacidad; dicha

³¹ Art. 291 Cc.

³² *Vid.* STS 66/2023, de 8 de febrero (FJ 4.º 1). En ella, se estima el recurso planteado frente a una decisión de la Audiencia Provincial de Madrid, confirmatoria de la de un juzgado de Madrid, que disponía la tutela de una persona a cargo de su cónyuge tanto en el ámbito administrativo, jurídico y contractual, salvo para el manejo de «dinero de bolsillo», como para el manejo de medicamentos. El Tribunal Supremo constata que la guarda de hecho es suficiente y adecuada.

³³ Art. 263 Cc.

autorización judicial no será necesaria (i) para solicitar una prestación económica en favor de la persona si no supone un cambio significativo en su forma de vida, ni (ii) para realizar actos jurídicos sobre bienes que tengan escasa relevancia económica y no tengan especial significado personal o familiar³⁴. La tercera pauta es que, en todo caso, será necesaria la autorización judicial para la realización de los actos que recoge el artículo 287 Cc, refiriéndose el primero a la realización de actos de transcendencia personal o familiar cuando la persona afectada no pueda hacerlo por sí misma, «salvo lo dispuesto legalmente en materia de internamiento, consentimiento informado en el ámbito de la salud o en otras leyes especiales»³⁵. Llama la atención que este apartado deje fuera del régimen general lo relativo al consentimiento informado en el ámbito de la salud.

La guarda de hecho se extinguirá si (i) la persona a quien se preste el apoyo se organiza de otro modo; (ii) desaparecen las causas que la motivaron; (iii) desiste el guardador de hecho; y (iv) el juez así lo decidiera a solicitud del Ministerio Fiscal o de quien se interese por ejercer el apoyo de la persona bajo guarda³⁶.

3.3. Las medidas formales de apoyo

En el caso de la discapacidad psicosocial, las medidas formales de apoyo revisten menor importancia, pues el foco debe ponerse en las de carácter voluntario, así como en la guarda de hecho. En cualquier caso, se apuntan a continuación unas breves ideas tanto de la curatela, como del defensor judicial.

La curatela consiste una medida formal de apoyo que el juez adoptará motivadamente cuando no haya otra suficiente para la persona con discapacidad.

³⁴ Art. 264 Cc.

³⁵ Art. 267 Cc.

³⁶ Art. 287.1º Cc.

El juez señalará los actos para los que la persona necesitará asistencia y, excepcionalmente y de forma motivada, aquellos en que el curador asumirá la representación³⁷. En todo caso, se necesitará autorización judicial para la realización de los actos enumerados en el artículo 287 Cc.

Por su parte, el defensor judicial es una medida formal de apoyo que constituye la *ultima ratio* de protección de la persona con discapacidad en los siguientes casos: cuando (i) quien deba prestar apoyo no pueda hacerlo, hasta que pueda o designe a otra persona; (ii) haya conflicto de intereses; (iii) durante la tramitación de excusa alegada por el curador, el juez lo considere necesario; (iv) promovida la provisión de medidas judiciales de apoyo, el juez considere necesario administrar los bienes hasta que recaiga resolución judicial; y (v) la persona requiera medidas de apoyo de carácter ocasional, aunque sea recurrente³⁸. Oída la persona con discapacidad, el juez nombrará defensor judicial a quien sea más idóneo para respetar, comprender e interpretar su voluntad, deseos y preferencias. Por lo demás, se aplicarán al defensor judicial las causas de inhabilidad, excusa y remoción del curador, así como las obligaciones que a este se atribuyen de conocer y respetar la voluntad, deseos y preferencias de la persona a la que se preste apoyo³⁹.

3.4. La pregunta clave: ¿es posible una provisión judicial de apoyos contra la voluntad de la persona?

La Ley 8/2021 destaca la «voluntad, deseos y preferencias» de la persona con discapacidad como principal criterio para concretar los apoyos necesarios para el ejercicio de su capacidad jurídica. Cuando no pueda obtenerse dicha voluntad, la «trayectoria vital» será el criterio subsidiario que tener en cuenta (art. 249 Cc).

³⁷ Art. 269 Cc.

³⁸ Art. 295 Cc.

³⁹ Art. 297 Cc.

Ahora bien, ¿puede un juez proveer apoyos a una persona en contra de su voluntad?⁴⁰. Podemos anticipar una respuesta afirmativa, pues la Ley 8/2021 recoge, junto a un procedimiento de jurisdicción voluntaria, otro contencioso para el caso de que la persona con discapacidad se oponga a una medida de apoyo.

3.4.1. Opinión de la doctrina

Autorizadas voces del mundo judicial admiten la provisión de apoyos a personas con discapacidad, incluso contra su voluntad, en la medida en que lo permite el ordenamiento jurídico español⁴¹. Tres son los principales argumentos a favor:

- Conforme a la previsión general prevista en el artículo 249 Cc para cualquier medida de apoyo, el artículo 268 Cc señala que las medidas tomadas por el juez para apoyar a una persona con discapacidad deberán ser proporcionales y atender en todo caso «a su voluntad, deseos y preferencias». Se habla, por tanto, de «atender» (recabar) la voluntad, pero no de cumplirla a toda costa sin considerar otros factores. Esta es la perspectiva que adopta, como enseguida veremos, el Tribunal Supremo desde su STS 589/2021.

⁴⁰ Sobre esta cuestión, *vid.* el artículo «¿Pueden los Jueces proveer de apoyos a las personas con discapacidad contra su voluntad?», procedente del debate jurídico coordinado por Sonia Calaza y Mercedes de Prada, publicado el 31 de marzo de 2023 en La Ley, disponible en: <https://diarioley.laleynext.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAEAMtMSbH1czUwMDAyD S2MDZUK0stKs7Mz7M1MjAyNjCGCGSmVbrkJ4dUFqTapiXmFKcCABPZ9Sk1AAAWKE> (consulta: 20/07/2025).

⁴¹ Defienden esta postura Ignacio Sancho Gargallo (Magistrado de la Sala Primera del Tribunal Supremo y ponente de la STS 589/2021, de 8 de septiembre, referente en esta cuestión) y María José Segarra Crespo (Fiscal de Sala para la protección de personas con discapacidad y mayores de la Fiscalía General del Estado). *Vid.* nota anterior.

- La oposición de una persona con discapacidad a una medida de apoyo provocará la terminación del expediente de jurisdicción voluntaria, pero no impedirá un posterior juicio contradictorio. Así lo indica el artículo 42 bis b).5 de la *Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria*⁴².
- Mientras que el artículo 249.3.º Cc recoge el criterio de la trayectoria vital para determinar la voluntad de una persona cuando, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible determinarla de otra forma, el artículo 269.3.º —referido a la curatela— incorpora el concepto de «imprescindibilidad» para poder actuar contra la voluntad de la persona. En este sentido, se permite al juez decidir los actos en que el curador tendrá funciones representativas «[s]ólo en los casos excepcionales en los que resulte imprescindible por las circunstancias de la persona con discapacidad».

Con todo, otro sector doctrinal niega de forma rotunda la provisión judicial de apoyos a las personas con discapacidad en contra de su voluntad, tomando como referencia el artículo 12 CDPD y la interpretación que del mismo hizo el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad en su *Observación General n.º 1 (2014)*⁴³. Las razones pivotan en torno a dos ideas:

- El artículo 12 CDPD parte de una concepción social de la discapacidad, de forma que esta no es una condición física o mental de la persona, sino una consecuencia de su interacción con el entorno. En consecuencia, es la sociedad la que genera barreras que discriminan a las perso-

⁴² Según dicho precepto, «[I]a oposición de la persona con discapacidad a cualquier tipo de apoyo, la oposición del Ministerio Fiscal o la oposición de cualquiera de los interesados en la adopción de las medidas de apoyo solicitadas pondrá fin al expediente, sin perjuicio de que la autoridad judicial pueda adoptar provisionalmente las medidas de apoyo de aquella o de su patrimonio que considere convenientes. Dichas medidas podrán mantenerse por un plazo máximo de treinta días, siempre que con anterioridad no se haya presentado la correspondiente demanda de adopción de medidas de apoyo en juicio contencioso».

⁴³ Es el caso de M.ª Paz García Rubio (Catedrática de Derecho civil de la Universidad de Santiago de Compostela) y Luis Cayo Pérez Bueno (presidente del CERMI). *Vid. nota 40.*

nas con particulares circunstancias físicas, sensoriales, intelectuales o mentales, impidiéndoles una participación plena. De ahí que los Estados deban suministrarles los apoyos necesarios en el ejercicio de su capacidad jurídica, apoyos que nunca deben imponerse en contra de la voluntad de la persona. Este sector doctrinal descarta, en línea con el Comité⁴⁴, la apelación a la anasognosia (falta de conciencia de enfermedad) para justificar la imposición de medidas de apoyo.

- No hay interés superior al que la propia persona (también con discapacidad) haya establecido, lo que no admite matizaciones ni siquiera para los casos en que esté comprometida la propia seguridad⁴⁵.

En una posición intermedia se colocan quienes entienden que la redacción del artículo 249.3.º Cc deja clara la excepcionalidad de la intervención judicial en la provisión de apoyos, que podrá ser incluso contraria a la voluntad de la persona cuando se vea comprometida la dignidad de ésta⁴⁶. Para ello, quien represente a la persona se colocará en una posición de garante que asegure la toma de decisiones sobre la base de un criterio de necesidad.

En mi opinión, puede traerse aquí a colación lo dispuesto en el artículo 26 del Convenio de Oviedo, de forma que la única razón para impedir la oposición

⁴⁴ A este respecto, en el apartado 15 de su Observación General n.º 1, señala que la mayoría de los informes de los Estados «mezclan los conceptos de capacidad mental y capacidad jurídica, de modo que, cuando se considera que una persona tiene una aptitud deficiente para adoptar decisiones, a menudo a causa de una discapacidad cognitiva o psicosocial, se le retira en consecuencia su capacidad jurídica para adoptar una decisión concreta (...). Este criterio es incorrecto por dos motivos principales: a) porque se aplica en forma discriminatoria a las personas con discapacidad; y b) porque presupone que se pueda evaluar con exactitud el funcionamiento interno de la mente humana y, cuando la persona no supera la evaluación, le niega un derecho humano fundamental (...».

⁴⁵ Esta es la opinión de Pérez Bueno, para quien «[a]unque el ejercicio de la libertad lleve al abismo, ésta resulta prevalente al interés definido e impuesto coercitivamente por mecanismos, que se perciben a sí mismos como generosos y benévolos, distintos de la persona».

⁴⁶ Es el caso de Rafael de Lorenzo García (Secretario General de la Fundación Derecho y Discapacidad). *Vid.* nota 40.

de la persona a una provisión judicial de apoyos sería, además de la seguridad pública y la prevención de infracciones penales, la protección de la salud pública o de los derechos y libertades de terceras personas.

3.4.2. Posición del Tribunal Supremo

Dos son las sentencias que, desde nuestro punto de vista, constituyen el referente en materia de apoyos a la capacidad jurídica.

La STS 589/2021, de 8 de septiembre, fue la primera tras la entrada en vigor de la Ley 8/2021. En el caso, una persona con síndrome de Diógenes se oponía a una medida de apoyo consistente en que la Administración designada como curadora limpiara su vivienda. La sentencia estima parcialmente el recurso planteado, pues decide no modificar la capacidad de obrar de la persona implicada (como sí había hecho un juzgado de Oviedo al atribuir su tutela a una entidad pública); sin embargo, confirma la curatela asistencial a cargo de la entidad pública en el ámbito de organización doméstica y salud, con autorización de entrada en el domicilio cada seis meses.

Para no seguir la voluntad del interesado, el Tribunal Supremo trae al caso el tenor literal del artículo 268 Cc, que prescribe una provisión de apoyos judiciales que tenga en cuenta la voluntad del afectado, pero no que obligue a seguirla en todo caso. Como señala el Tribunal,

«[e]l empleo del verbo ‘atender’, seguido de ‘en todo caso’, subraya que el juzgado no puede dejar de recabar y tener en cuenta (siempre y en la medida que sea posible) la voluntad de la persona con discapacidad destinataria de los apoyos, así como sus deseos y preferencias, pero no determina que haya que seguir siempre el dictado de la voluntad, deseos y preferencias manifestados por el afectado».

El Tribunal Supremo señala que, en el caso, existe una clara necesidad asistencial cuya ausencia está provocando un grave deterioro personal y una degradación del sujeto que le impide el ejercicio de sus derechos y las necesarias relaciones con las personas de su entorno, principalmente con sus vecinos (esto es, el interés de terceras personas mencionado en el artículo 26 del Convenio de Oviedo). Razones que justifican la adopción de medidas asistenciales, aun en contra de la voluntad del interesado, pues

«[n]o intervenir en estos casos, bajo la excusa del respeto a la voluntad manifestada en contra de la persona afectada, sería una crueldad social, abandonar a su desgracia a quien por efecto directo de un trastorno (mental) no es consciente del proceso de degradación personal que sufre⁴⁷.

El Tribunal aplica, por tanto, la imprescindibilidad por las circunstancias de la persona a la que se refiere el artículo 269.3.º Cc. Apela, así, a la *anasognosia* para justificar su decisión⁴⁸ en tanto que la persona carece de conciencia de la enfermedad, lo que anula su voluntad y le hace rechazar un apoyo que sí desearía si no tuviese falta de conciencia de su patología.

Un segundo pronunciamiento de interés es la STS 964/2022, de 21 de diciembre, que estima el recurso planteado frente a las medidas acordadas por un juzgado de Badalona que había declarado la incapacidad de la persona en el ámbito personal —salud y alimentación— y patrimonial —decisiones complejas—, constituyendo una curatela a cargo de entidad pública. El Tribunal Supremo entiende que no procede adoptar ninguna medida judicial de apoyo.

En su sentencia, reconoce los problemas de salud y sociales de la persona implicada, su compleja patología física y psíquica,

⁴⁷ STS 589/2021, FJ 4.º 5 *in fine*.

⁴⁸ Igualmente, vid. STS 1188/2024, de 24 de septiembre.

«pero no que se trate de una discapacidad que afecte a la toma de decisiones con efectos jurídicos en sus asuntos personales y patrimoniales, que es la que justifica una medida judicial de apoyo»⁴⁹.

En consecuencia, la sentencia exige un plus de motivación cuando se proevea en contra de la voluntad de una persona⁵⁰ y estén afectados sus derechos fundamentales (en el caso, la intimidad y la libertad, al autorizar al curador a tomar medidas para gestionar decisiones en el ámbito de la salud, el tratamiento farmacológico y el plan de alimentación).

4. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

4.1. Premisa en el ámbito de la salud: excepciones

Como ya señalamos, la Ley 41/2002 aborda de forma sistemática y transversal los derechos y deberes de los pacientes, usuarios, profesionales sanitarios y centros asistenciales —públicos o privados— en torno al eje vertebrador de la autonomía del paciente. En este contexto, el consentimiento informado emerge como el elemento nuclear sobre el que pivota toda actuación médica legítima.

Su artículo 8 condiciona toda actuación sanitaria al *consentimiento libre y voluntario* de la persona afectada, después de que, tras recibir la información oportuna, haya valorado las opciones del caso. El consentimiento deja de ser una mera formalidad para convertirse en un derecho sustantivo, con entidad propia, que obliga a los profesionales a facilitar al paciente la información necesaria para adoptar decisiones conscientes y responsables sobre su salud.

⁴⁹ STS 964/2022, FJ 4.º.7. Véase también la STS 1143/2024, de 4 de septiembre.

⁵⁰ En el mismo sentido, *vid.* STS 854/2024, de 12 de junio.

No obstante, la propia Ley recoge, en su artículo 9.2, determinadas excepciones a la exigencia del consentimiento informado. En primer lugar, no será necesario cuando concurran razones sanitarias legalmente establecidas que comporten un riesgo para la salud pública (pensemos en intervenciones obligatorias en caso de epidemias). En segundo lugar, se exceptúa también cuando exista un riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del paciente, y no sea posible obtener su autorización, en cuyo caso el profesional actuará con criterios clínicos, intentando, si fuera posible, consultar a familiares o personas vinculadas de hecho al enfermo, en una lógica de ponderación urgente del interés del paciente.

Por otro lado, el artículo 9.3 regula el *consentimiento por representación* cuando el paciente no sea capaz de decidir por sí mismo. Esto puede presentarse en tres escenarios distintos: (i) cuando, a juicio del médico responsable, el paciente no sea capaz de tomar decisiones o su estado físico o psíquico impida hacerse cargo de su situación, en cuyo caso corresponderá la autorización a su representante legal o, en su defecto, a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho; (ii) cuando se trate de menores de edad que no cuenten con madurez intelectual ni emocional suficiente para comprender el alcance de la intervención, en cuyo caso el consentimiento será prestado por sus representantes legales, previa audiencia del menor; y (iii) en situaciones de capacidad *modificada judicialmente*, siempre que la sentencia así lo establezca expresamente, criterio que permanece vigente a pesar de la reforma operada por la Ley 8/2021, que eliminó la incapacitación como régimen general para las personas con discapacidad. En este contexto, resulta relevante tener en cuenta la disposición final tercera de la *Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre*, que modificó el Código Penal para eliminar la esterilización forzada o no consentida por personas con discapacidad incapacitadas judicialmente, que encarga al Gobierno un proyecto de reforma de la Ley 41/2002 para asegurar que las personas con discapacidad que requieran apoyos, tanto humanos como materiales —incluidos los tecnológicos—, dispongan de la información adecuada y de la documentación clínica en formatos,

canales y soportes accesibles, de manera que puedan tomar decisiones libres e informadas en su condición de pacientes. Este mandato, aún no materializado, refuerza la importancia de la persona como sujeto activo de los procesos clínicos y la necesidad de incorporar los principios de accesibilidad universal y apoyo en la toma de decisiones también en el ámbito sanitario.

4.2. Problemas tras la Ley 8/2021

Junto a la referida falta de adecuación de la Ley 41/2002 a Ley 8/2021 al admitir aquella el consentimiento por representación cuando el paciente «tenga la capacidad modificada judicialmente»⁵¹, existen otros desajustes derivados de la falta de armonía entre ambas normas.

Uno de ellos es el ya mencionado al hilo de los actos para los que el curador requiere autorización judicial, pues el artículo 287.1.^º, tras someter a dicha autorización la realización de actos de trascendencia personal o familiar cuando la persona afectada no pueda hacerlo, en su inciso final se remite expresamente a la legislación especial preexistente en materia de internamiento, consentimiento informado en el ámbito sanitario y otras leyes especiales. Ello implica que, en el contexto clínico, subsisten los criterios clásicos que permiten la intervención sanitaria sin consentimiento en determinadas circunstancias, lo cual genera un cierto desfase normativo respecto al nuevo modelo civil. En efecto, si bien en el ámbito civil se pone el acento en la *teoría del juicio sustitutivo* para el caso del consentimiento por representación, esto es, en la búsqueda de lo que habría decidido la persona, según su trayectoria vital, de no haber necesitado representación (art. 249.3.^º Cc), en el ámbito sanitario, aunque se deba tener en cuenta dicho criterio como respeto de la dignidad, subsiste el criterio del mayor beneficio para la vida o salud del paciente.

⁵¹ Art. 9.3.b) Ley 41/2002.

Otro problema práctico deriva de la dificultad de los profesionales sanitarios para conocer, en tiempo real y con certeza jurídica, si una persona con discapacidad cuenta con una medida voluntaria de apoyo o guarda de hecho. A este respecto, debería incluirse dicha información en la historia clínica del paciente.

Asimismo, la legislación sanitaria sigue permitiendo la actuación médica sin consentimiento expreso en supuestos de urgencia vital (estado de necesidad), así como la limitación del derecho a la información en virtud del privilegio terapéutico⁵² o por renuncia expresa del paciente⁵³, siempre que se documenten debidamente. En estos casos, se prioriza la protección de la salud por encima de la autonomía, lo que puede entrar en tensión con el nuevo marco de derechos reforzados para las personas con discapacidad.

Por otra parte, cuando existe una medida de apoyo formalizada como la curatela, el artículo 269 Cc establece que el juez deberá determinar, de forma motivada, los actos en que el curador asumirá funciones representativas. Esta motivación judicial no siempre puede ser conocida o interpretada con claridad por los profesionales sanitarios, lo que introduce inseguridad jurídica en la práctica, especialmente si no hay constancia inmediata de las resoluciones judiciales o si no se han adaptado aún las medidas preexistentes a la Ley 8/2021.

De no existir constancia de la voluntad del paciente ni medida de apoyo formal, la Ley 41/2002 permite recurrir al juez si la decisión adoptada, bien por el representante legal, bien por familiares, no coincidiera con la que se estime más beneficiosa para la salud del paciente. De nuevo, esta disposición mantiene una visión biomédica centrada en el interés objetivo del paciente que puede entrar en colisión con una lectura subjetiva y centrada en la persona que exige el juicio sustitutivo⁵⁴.

⁵² Art. 5.4 Ley 41/2002.

⁵³ Art. 9.1 Ley 41/2002.

⁵⁴ Art. 9.6 Ley 41/2002.

Algunas leyes autonómicas están comenzando a incorporar esta nueva sensibilidad. Singularmente destacable es el caso de La Rioja, cuya *Ley 6/2023, de 22 de marzo, sobre personas con problemas de salud mental y sus familias*, reconoce expresamente el derecho de las personas con problemas de salud mental, sobre todo las que se encuentren en una situación de vulnerabilidad social, a ser oídas en toda decisión que les afecte, facilitándoles los apoyos necesarios para que puedan comprender y expresar su voluntad. Además, en ausencia de una manifestación clara, deberá aplicarse la mejor interpretación posible de sus preferencias como última ratio, alineándose así con los postulados de la Ley 8/2021⁵⁵.

4.3. La importancia de las voluntades anticipadas

Las voluntades anticipadas, también conocidas como instrucciones previas, constituyen una manifestación esencial del derecho a la autonomía del paciente en el ámbito sanitario. Reguladas en el artículo 11 de la Ley 41/2002, permiten que una persona mayor de edad, con plena capacidad y actuando libremente, exprese por escrito su voluntad sobre los cuidados y tratamientos médicos que desea —no desea— recibir en el futuro, para el caso de que no pueda manifestarla personalmente por encontrarse en una situación de incapacidad física o psíquica. A tal fin, la persona puede designar un representante que actúe como interlocutor con los profesionales sanitarios y vele por el cumplimiento de las instrucciones reflejadas en el documento, especialmente cuando estas no sean suficientemente detalladas o surjan situaciones no previstas.

Sin embargo, estas instrucciones no son de aplicación automática en todos los casos, pues no serán válidas si (i) son contrarias al ordenamiento jurídico o a la *lex artis* médica —esto es, a los estándares profesionales y científicos

⁵⁵ *Vid. art. 11.1 y 2 Ley 6/2023.*

reconocidos— o (ii) no se corresponden con el supuesto de hecho previsto por la persona interesada⁵⁶. En todo caso, el otorgante podrá revocar o modificar las instrucciones en cualquier momento, siempre por escrito⁵⁷, lo que reforza su carácter adaptable a cambios vitales o convicciones personales.

Uno de los elementos más relevantes desde el punto de vista jurídico es el de la fuerza vinculante de estas instrucciones. Aunque la Ley 41/2002 no se pronuncia de forma expresa al respecto, sí lo ha hecho alguna comunidad autónoma. Es el caso de Castilla-La Mancha, cuya *Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud* recoge el carácter vinculante de las instrucciones previas, de forma que prevalecen sobre la opinión de familiares, personas allegadas e incluso del personal médico, salvo en los supuestos excepcionales antes mencionados⁵⁸. Esto debería garantizar que la voluntad del paciente, expresada de forma anticipada y libre, tenga prioridad en la toma de decisiones médicas y evite conflictos o interpretaciones subjetivas por parte de terceros.

5. ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

La regulación de la atención a la salud mental en España requiere una reforma estructural que sea coherente con los principios establecidos en la CDPD y el desarrollo normativo interno (particularmente, la Ley 8/2021). La fragmentación normativa, la obsolescencia de algunas disposiciones legales y la persistencia de prácticas asistenciales basadas en modelos tutelantes exigen una revisión global que sitúe a la persona en el centro del sistema, garantizando su autonomía, dignidad y participación efectiva en las decisiones que le afecten.

⁵⁶ Art. 11.3 Ley 41/2002.

⁵⁷ Art. 11.4 Ley 41/2002.

⁵⁸ Art. 8.2 Ley 6/2005.

En este sentido, sería preciso actualizar la Ley 41/2002 para adecuarla a la Ley 8/2021. Esta última desplaza el modelo de sustitución en la toma de decisiones por un sistema de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica. La regulación vigente en materia de consentimiento informado parte de una visión restringida de la capacidad, entendida como una condición que se posee o se pierde de forma excluyente, sin contemplar adecuadamente la posibilidad de incorporar medidas de apoyo que permitan su ejercicio real por parte de las personas con discapacidad psicosocial. La reforma de la Ley 41/2002 debería incorporar figuras como el consentimiento con apoyo, prever procedimientos que garanticen la voluntad, deseos y preferencias de la persona en contextos asistenciales y eliminar referencias a la incapacitación judicial. Asimismo, debería establecer un marco claro para la participación de las personas designadas como apoyos, respetando los límites que impone la voluntad del paciente.

De otro lado, las instrucciones previas constituyen una herramienta esencial para garantizar el respeto a la autonomía de las personas, especialmente en el ámbito de la salud mental, donde pueden逆se situaciones futuras de crisis que afecten temporalmente a la capacidad de decisión. A pesar de su previsión legal, su uso sigue siendo limitado, en parte por desconocimiento, en parte por la falta de integración real en la práctica clínica. De ahí la necesidad de promover su utilización a través de campañas institucionales que formen a los profesionales sanitarios en su correcta aplicación y aseguren su incorporación a la historia clínica de los pacientes. Además, debería facilitarse su otorgamiento, incluyendo medios digitales y simplificados, y vincularse estrechamente con los mecanismos de apoyo previstos en la Ley 8/2021.

Finalmente, la aprobación de una ley estatal de salud mental podría ser una oportunidad para unificar criterios, garantizar derechos y corregir desigualdades territoriales. Una ley de este tipo permitiría desarrollar, con coherencia territorial, las exigencias de la CDPD y fijar mínimos comunes para todas las comunidades autónomas. Hasta entonces, hay que valorar favorablemente

algunas iniciativas autonómicas como la Ley 6/2023, de La Rioja, que adopta un enfoque centrado en la persona. Así, desde un punto de vista económico, prevé la dotación suficiente de recursos a la *Fundación Riojana de Apoyo a la Discapacidad* y otras entidades similares para proporcionar acompañamiento de calidad⁵⁹. Con relación a los recursos humanos, fija unas ratios mínimas de profesionales de salud mental que evidencian un necesario enfoque interdisciplinar⁶⁰. Respecto a las familias, la norma reconoce su derecho a elegir y definir el papel que deseen y sean capaces de representar, así como a recibir apoyo de la Administración para hacer frente al impacto que la enfermedad mental puede tener en la dinámica familiar⁶¹.

En suma, como subraya el informe sobre *Tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental*, realizado en 2023 por Salud Mental España y el Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba, es urgente diseñar un sistema integral de apoyo a las personas con discapacidad psicosocial, que cuente con financiación específica, instrumentos de coordinación intersectorial y políticas de sensibilización y formación dirigidas tanto a la ciudadanía, como a los profesionales. Se trata de superar el paradigma biomédico, orientando las intervenciones hacia la inclusión, la recuperación y el respeto a la identidad y los derechos de las personas afectadas⁶².

⁵⁹ Art. 7.8 Ley 6/2023.

⁶⁰ Concretamente, 18 psiquiatras, 18 psicólogos/as clínicos/as y 23 enfermeros/as especialistas por cada 100 000 habitantes, además de un terapeuta ocupacional y un trabajador social sanitario por unidad de salud mental (art. 14.1 Ley 6/2023).

⁶¹ Art. 8 Ley 6/2023.

⁶² Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-tratamientos-ingresos-involuntarios-salud-mental/> (consulta: 20/07/2025).

AFECCIONES AL DERECHO A LA LIBERTAD PERSONAL POR CAUSA DE SALUD MENTAL

Antonio-Luis Martínez-Pujalte

Catedrático de Filosofía del Derecho

Universidad Miguel Hernández de Elche

1. PLANTEAMIENTO DE LA CUESTIÓN

Dos son las principales afecciones al derecho a la libertad personal que padecen las personas con discapacidad psicosocial o con problemas de salud mental: los tratamientos médicos forzados y los internamientos involuntarios, que en realidad forman un *continuum* —se adoptan medidas, con el objetivo presunto de mejorar y proteger la salud, no consentidas por el destinatario de las mismas, que en ocasiones pueden incluir su ingreso forzoso en un Centro psiquiátrico u otro establecimiento sanitario, al que normalmente van asociadas contenciones mecánicas o de otra naturaleza.

Sobre esta cuestión versan las páginas que siguen. Enfocaré principalmente su examen desde la óptica del principio de consentimiento informado, en otras palabras, desde la exigencia de consentimiento en relación con las intervenciones que afectan a la salud, que, como se verá, forma parte integrante del contenido del derecho fundamental a la integridad física reconocido por la Constitución española; este análisis conducirá a formular algunas ob-

servaciones críticas acerca del precepto central que regula en nuestro Derecho los límites y excepciones del consentimiento a tratamientos médicos: el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente (en adelante, LBAP), que afecta de forma particularmente relevante a las personas con discapacidad. Tras esta reflexión general, a la que dedicaré el apartado segundo del presente estudio, me centraré en el apartado tercero en la intervención médica más intensamente coercitiva: el internamiento involuntario regulado por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, cuya incompatibilidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD) ha sido ya extensamente argumentada por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de Naciones Unidas, así como por valiosos trabajos doctrinales¹, principalmente con base en el artículo 14.1 b), que prohíbe la privación de libertad por motivos de discapacidad. Finalmente, y como consecuencia del análisis precedente, en el apartado cuarto formularé algunas propuestas concretas de reforma normativa.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En una reiterada jurisprudencia, que arranca principalmente de la Sentencia 120/1990, de 27 de junio, el Tribunal Constitucional ha señalado que el consentimiento a los tratamientos médicos forma parte del derecho fundamental a la integridad física reconocido por el artículo 15 de la Constitución. Mediante este derecho —afirma el Tribunal— «se protege la inviolabilidad de la persona, no sólo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino

¹ Me remito principalmente a los excelentes trabajos de Patricia CUENCA GÓMEZ, Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad. *La cuestión de los internamientos involuntarios*, Madrid, Dykinson-Universidad Carlos III, 2018, y Celia PRADOS GARCÍA, *El ingreso involuntario en el contexto de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad*, prólogo de M. P. García Rubio, Madrid, Dykinson, 2023, y la bibliografía citada en ambas publicaciones.

también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular. Por ello, este derecho constitucional resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad... y, por consiguiente, esa asistencia médica coactiva constituirá limitación vulneradora del derecho fundamental» (STC 120/1990, fundamento jurídico 8.º). Con mayor claridad lo señala una Sentencia posterior: «el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente... a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que este supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad. Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Esta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo..., aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal» (STC 37/2011, de 28 de marzo, fundamento jurídico 5.º).

Así pues, y en desarrollo de este derecho fundamental, el artículo 8 LBAP erige el consentimiento informado en principio rector de toda actuación médica: «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado»; lo que implica a su vez reconocer, como hace el artículo 2.4, el derecho del paciente a negarse al tratamiento².

² En otro lugar he expresado mi duda acerca de que el rechazo de intervenciones médicas necesarias y adecuadas para proteger la salud o la vida se encuentre amparado por el derecho fundamental a la integridad física: cfr. Antonio-Luis MARTÍNEZ-PUJALTE – Tomás DE DOMINGO PÉREZ, *Los derechos fundamentales en el sistema constitucional. Teoría general e implicaciones prácticas*, Lima, Palestra, 2010, pp. 211 y 254. No profundizo ulteriormente en esta cuestión, que no resulta necesaria a los propósitos de este trabajo, toda vez que esa negativa se encuentra legalmente amparada por el artículo 2.4 LBAP.

Como se ha dicho, este principio ha supuesto una profunda transformación de la práctica clínica y de la relación médico-paciente, pasando del anterior modelo paternalista en el que las decisiones eran adoptadas por el médico a otro presidido por el principio de autonomía del paciente³.

Interesa, sin embargo, examinar si pueden existir excepciones legítimas a la regla general de exigencia de consentimiento. Dos excepciones resultan, en mi opinión, evidentes. En primer lugar, la protección de la salud pública. Una definición teleológica del derecho fundamental a la integridad física, que pone de relieve que el bien protegido por este derecho es la inviolabilidad de la persona en la esfera corporal⁴, obliga a entender que la negativa a un tratamiento médico que no lesiona la integridad corporal de la persona —por el contrario, está encaminado a preservar su salud— no podrá ser constitucionalmente lícita si de esa negativa se deriva un riesgo para la salud o la integridad corporal de otras personas; conclusión avalada además por la obligación constitucional que impone a los poderes públicos el artículo 43 CE de tutelar la salud pública, también a través de medidas preventivas⁵.

La segunda excepción a la exigencia de consentimiento se refiere a los casos en que la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para prestarlo, porque no es posible en modo alguno conocer su voluntad aun después de realizar todos los esfuerzos necesarios. En estos supuestos el consentimiento del paciente deberá ser sustituido, siendo otorgado por la persona que le presta apoyos si existe, o en otro caso por una persona vinculada al paciente por razones familiares o de hecho. Pero el respeto al principio de auto-

³ Federico DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, «Consentimiento informado y prueba de la *lex artis*. La relevancia de la prueba de presunciones», en *Derecho y salud*, 21 (2011), pp. 75-77.

⁴ Sobre esta cuestión, cfr. Antonio-Luis MARTÍNEZ-PUJALTE - Tomás DE DOMINGO, *Los derechos fundamentales en el sistema constitucional*, cit., pp. 208-211.

⁵ Sobre la base de una argumentación similar, el Tribunal Constitucional ha abierto la puerta a admitir la constitucionalidad de las vacunaciones obligatorias: cfr. STC 38/2023, de 20 de abril, fundamento jurídico 5.^º

nomía del paciente requiere que la persona que deba tomar la decisión lo haga tratando de realizar la mejor interpretación posible de la voluntad y preferencias de la persona concernida; en otras palabras, siguiendo los parámetros que establece el artículo 249 del Código civil respecto a la sustitución en la toma de decisiones de personas con discapacidad: «se deberá tener en cuenta la trayectoria vital de la persona..., sus creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que la persona habría adoptado» en caso de haber podido hacerlo. Ello exige, por tanto, que si la persona afectada había expresado previamente una determinada preferencia con voluntad de que fuese vinculante para el futuro —por ejemplo, a través de un documento de instrucciones previas— ésta debe ser seguida. Naturalmente, en los supuestos de urgencia —es decir, cuando exista un riesgo inmediato y grave para el paciente, y la decisión no pueda ser aplazada— los profesionales de la salud estarán autorizados para tomar la decisión por sí mismos, siempre que no contravenga indicaciones previas del paciente que éstos conozcan⁶ (que no necesariamente han de haber sido plasmadas formalmente en un documento de instrucciones previas: bastaría, por ejemplo, una cuartilla firmada que se encuentra entre su documentación en que la persona rechaza que se le administre una transfusión de sangre o rechaza que se le administre alimentación forzosa en una situación de riesgo vital provocada por una anorexia).

Debe reseñarse también, por lo demás, como una causa legitimadora del consentimiento por sustitución, el supuesto en el que la propia persona haya designado un representante que adopte las decisiones en su nombre. Esta previsión puede resultar particularmente idónea para las personas con disca-

⁶ Discrepo por tanto de la posición de Federico DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, «Límites a la autonomía de la voluntad e instrucciones previas: un análisis desde el Derecho Constitucional», en *Derecho y salud*, 20 (2010), pp. 71-95, que entiende que las instrucciones previas sólo son plenamente vinculantes si se refieren a una situación terminal, mientras que puede ser lícito desatenderlas cuando rechazan tratamientos que pueden preservar la salud o la vida.

pacidad, a través de las figuras contempladas por el Código civil del acuerdo de apoyos (artículo 255) y los poderes preventivos (artículo 257); ambos pueden incluir facultades de representación, y respecto de ambos se prevé expresamente que el apoyo pueda extenderse al ámbito personal. Ahora bien, no cabe olvidar que estos representantes se encuentran sujetos al principio general establecido por el artículo 249 del Código para todas las figuras de apoyo: deben actuar atendiendo a la voluntad, deseos y preferencias de la persona con discapacidad. Por lo tanto, aunque deberán informar a la persona con discapacidad, aconsejarla e incluso tratar de convencerla de la decisión que consideren más correcta, no podrán en cambio prestar su consentimiento a un tratamiento médico contra la voluntad expresa de la persona a la que representan. Por lo demás, cabe también la designación de un representante —limitado estrictamente al ámbito sanitario— en el documento de instrucciones previas, como prevé expresamente el artículo 11.1 LBAP. Aun cuando la mayor parte de la doctrina entiende que la función de este representante es tan sólo velar por la aplicación de las instrucciones emitidas por el autor del documento⁷, sin tomar decisiones no contempladas en el mismo, al modo de un albacea testamentario —y esta interpretación es la que parece abonar el tenor literal del precepto, que califica al representante como interlocutor «con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas»—, coincido con Ortiz Fernández en que no puede oponerse obstáculo alguno a que el otorgante del documento de instrucciones previas atribuya también al representante la facultad de tomar decisiones en su nombre en el ámbito de la salud⁸.

⁷ Cfr. Lydia NORIEGA RODRÍGUEZ, *El régimen jurídico del documento de voluntades anticipadas en el ámbito estatal y autonómico*, Barcelona, Bosch, 2019, pp. 117 y ss.

⁸ Manuel ORTIZ FERNÁNDEZ, «Instrucciones previas en el ámbito sanitario, menores de edad y personas con discapacidad», en *Revista Jurídica del Notariado*, 117 (julio-diciembre 2023), págs. 184-185; cfr. asimismo Davinia CADENAS, *A vueltas con las instrucciones previas: ¿institución fallida o tesoro por descubrir?*, Madrid, Dykinson, 2019, pp. 56-58.

No puede constituir, por el contrario, una excepción al principio de consentimiento informado —ni, por tanto, una causa legitimadora del consentimiento por sustitución— la falta de capacidad del paciente para tomar decisiones, tanto si esta atribución de incapacidad se basa en un enfoque de estatus —negándola, por ejemplo, a las personas con un diagnóstico de discapacidad intelectual o enfermedad mental— como en un enfoque funcional que evalúe de forma individualizada la falta de capacidad para tomar decisiones en relación con la salud o en un enfoque de resultados que evalúe las decisiones adoptadas⁹. Se opone a ello, en primer lugar, el artículo 25.d) CDPD, que exige que se preste a las personas con discapacidad atención sanitaria de calidad «sobre la base de un consentimiento libre e informado», así como el artículo 12.2, que reconoce a las personas con discapacidad el derecho a la capacidad jurídica «en igualdad de condiciones con las demás *en todos los aspectos de la vida*», lo que implica que han de tener la posibilidad de ejercer su capacidad jurídica tanto en asuntos patrimoniales como en asuntos de naturaleza personal, por ejemplo, los tratamientos médicos¹⁰. Permitir que las personas con discapacidad puedan recibir un tratamiento médico contra su voluntad, cuando ello no se permite para las demás personas, constituye por lo demás una discriminación por razón de discapacidad prohibida por el artículo 14 CE (sin que exista finalidad constitucional alguna que pudiera justificar esta diferencia de trato). Cabe afirmar, en fin, que en un sistema jurídico que permite a todas las personas con discapacidad el ejercicio de su capacidad jurídica —con las medidas de apoyo que precisen, que en todo caso han de respetar su voluntad, deseos y preferencias, y que solo pueden incluir funciones representativas cuando no sea posible determinar la voluntad de la persona—, como sucede en España desde la aprobación de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se

⁹ Acerca de estos diversos enfoques cfr. Patricia CUENCA, *Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad*, cit., pp. 52-55.

¹⁰ Cfr. COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación General n.º 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley*, 19 de mayo de 2014, n. 42.

reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, resulta una incoherencia inadmisible que se excepcione de ese ejercicio el ámbito concreto de las decisiones en relación con la salud.

Se ha planteado sin embargo la posibilidad de una evaluación de la capacidad de tomar decisiones en relación con la salud que sea neutral en relación con la discapacidad¹¹, que sería la que hoy incorpora el artículo 9.3 a) LBAP, especialmente en su segundo inciso, en el que hace referencia a que el estado físico o psíquico del paciente «no le permita hacerse cargo de su situación». Imaginemos, por ejemplo, una persona ingresada en un hospital por una enfermedad grave, a quien se le propone un tratamiento, que resulta necesario para conservar su vida, y que le genera en cambio un miedo insuperable. ¿Sería admisible en tal supuesto —que se podría considerar incluido en lo que se ha venido a denominar «incapacidad de hecho»¹²— prescindir del consentimiento del paciente y sustituirlo por el de su familiar más cercano? Se trata sin duda de un caso problemático, sobre todo por cuanto la decisión de rechazar el tratamiento puede resultar irreversible¹³. No obstante, en mi opinión la Ley no debe amparar la sustitución del consentimiento en un caso semejante, por tres razones fundamentales. En primer lugar, lo que debe facilitarse a una persona que —ya sea por motivos relacionados con una discapacidad o por cualquier otra razón— tiene dificultades permanentes o tran-

¹¹ Cfr. vg. George SZMUKLER - Rowena DAW - Felicity CALLARD, «Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with disabilities», en *International Journal of Law and Psychiatry*, 37 (2014), pp. 245-252.

¹² Emplean por ejemplo esta expresión Ana Isabel BERROCAL, «Consentimiento por representación en el ámbito sanitario: diversos instrumentos para su aplicación», en *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 8 (2018), especialmente pp. 194 y ss.; Juan Guillermo AGÓN LOPEZ, *Consentimiento informado y responsabilidad médica*, Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca, 2016. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/135700/DDP_AgonLopezJG_Consentimiento%20Informado%20y%20Responsabilidad%20M%E9dica.pdf?sequence=1

¹³ El argumento de la irreversibilidad es precisamente el argumento central que utiliza DE MONTALVO para negar el carácter vinculante de las instrucciones previas: cfr. «Límites a la autonomía de la voluntad e instrucciones previas...», cit., pp. 91-94.

sitorias para tomar decisiones es el apoyo necesario para adoptarlas, lo que incluye proporcionarle, de forma que la pueda comprender, toda la información disponible sobre las consecuencias y riesgos de sus posibles decisiones, así como aconsejarle acerca de la decisión más correcta. En segundo lugar, la evaluación del médico acerca de la capacidad de decidir de la persona implicará, en la mayor parte de los casos, una apreciación inevitablemente subjetiva, que tenderá a dictaminar que la persona no tiene capacidad de decidir si no da su consentimiento a la opción que el médico considera más acertada, lo que significa finalmente un retorno al modelo paternalista clásico en el que las decisiones acerca de los tratamientos médicos eran adoptadas por los profesionales sanitarios. Es posible admitir que en la relación médico-paciente existen manifestaciones justificadas de paternalismo¹⁴; ahora bien, el paternalismo no puede fundamentarse en una supuesta incompetencia de la persona para decidir, lo que, como se ha apuntado anteriormente, es incoherente con un ordenamiento jurídico que reconoce a todas las personas un derecho universal a la capacidad jurídica, es decir, a la toma de decisiones con efectos jurídicos por sí mismos, tanto en cuestiones patrimoniales como personales¹⁵. Finalmente, no cabe soslayar que una evaluación aparentemente neutral acerca de la capacidad de decidir de la persona resultará, sin embargo, en

¹⁴ La más paradigmática es quizás el estado de necesidad terapéutico al que se refiere el artículo 5.4 LBAP, que lo define como «la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de la propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave». Cfr. al respecto Federico DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, *Menores de edad y consentimiento informado*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2019, pp. 117-118.

¹⁵ Sobre la justificación del paternalismo jurídico ha existido un intenso debate en la Filosofía del Derecho y la Bioética. Es ya clásico el estudio de Ernesto GARZÓN VALDÉS, «¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico?», en *Doxa*, 5 (1988), pp. 155-173, y se ha ocupado también de esta discusión en diversos trabajos Macario ALEMANY (cfr. vg. «Paternalismo», en *Eunomia*, 12, abril-septiembre 2017, pp. 199-209); por lo que se refiere al ámbito específico de la ética médica, cfr. DE MONTALVO, *Menores de edad y consentimiento informado*, cit., pp. 89-119. Sin entrar a fondo en este debate, apuntaré tan sólo dos reflexiones: 1) Coincido con los autores citados en que pueden existir manifestaciones justificadas de paternalismo jurídico; 2) Las justificaciones tradicionales del paternalismo basadas en la incompetencia para decidir del individuo adulto han de ser revisadas profundamente, por las razones señaladas en el texto.

una discriminación indirecta de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial, pues será sobre éstas sobre las que principalmente se dictaminará que no son capaces de decidir.

Una vez más, en este contexto es preciso hacer referencia de nuevo al carácter vinculante de las instrucciones previas. Como ha puesto de relieve Szmukler, la voluntad de la persona puede cambiar, y sin duda es posible coincidir con él en que la voluntad expresada por ejemplo por una persona con discapacidad psicosocial en unas instrucciones previas formuladas en un momento en el que podía reflexionar con calma es «más auténtica» que la voluntad expresada en una situación de crisis¹⁶. Por tanto, si en unas instrucciones previas la persona ha expresado una decisión como vinculante para el futuro (una persona con anorexia, por ejemplo, ha expresado su decisión de que se le alimente forzosamente cuando sea necesario para conservar su vida aun cuando en el momento de llevar a cabo ese tratamiento ella se oponga) la voluntad antecedente expresada en las instrucciones previas deberá prevalecer sobre la voluntad actual (criterio que naturalmente es aplicable no sólo a las personas con discapacidad, sino también a una situación como la mencionada en el ejemplo anterior)¹⁷. Esta misma regla debe aplicarse a los supuestos de representación antes mencionados: como se ha señalado, el representante debe atender a la voluntad, deseos y preferencias de la persona, como le exige el artículo 249 del Código civil, pero si esa voluntad ha sido declarada por la persona representada previamente y con carácter vinculante para el futuro, es ésta la que deberá ser seguida.

¹⁶ George SZMUKLER, «The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: 'Rights, will and preferences' in relation to mental health disabilities», en *International Journal of Law and Psychiatry*, 54 (2017), pp. 290-297.

¹⁷ En el mismo sentido, Tania GERGEL - Allen FRANCES, «Should people with mental illness be able to commit themselves to future involuntary treatment?», en *British Medical Journal*, 383 (2023), pp. 2287 y ss.

A la luz de estas reflexiones es posible realizar un análisis crítico de la regulación del consentimiento informado en la LBAP, en particular por lo que se refiere a los límites y excepciones al consentimiento informado que contempla el artículo 9.

Este último precepto diferencia entre aquellos supuestos en los que es posible realizar intervenciones clínicas sin contar con el consentimiento del paciente, que enuncia el artículo 9.2, y aquellos otros en los que se debe prestar el consentimiento por representación, que regula el artículo 9.3 (si bien sería más acertado, como se ha apuntado, denominarle «consentimiento por sustitución»¹⁸, que es la expresión que vengo empleando en estas páginas). Las intervenciones sin el consentimiento del paciente se limitan a dos casos que, por las razones precedentemente señaladas, no plantean particulares problemas:

a) La existencia de riesgo para la salud pública. No obstante, en relación con esta cuestión debe reseñarse que el inciso final del artículo 9.2 a) permite que la intervención incluya el internamiento obligatorio, siempre que se comunique a la autoridad judicial en el plazo de 24 horas, regulación que resulta sin duda excesivamente escueta y parca en garantías, cuestión sobre la que volveré en el apartado siguiente de este trabajo, pues pueden existir otros supuestos de internamiento involuntario, que deberían tener una regulación común.

b) La existencia de un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo sin que sea posible conseguir su autorización: nos encontramos ante casos en los que la persona se encuentra absolutamente imposibilitada de prestar el consentimiento, pues no es posible conocer su voluntad; no obstante, el artículo 9.2 b) requiere que, cuando las circunstancias

¹⁸ Ana Isabel BERROCAL, «Consentimiento por representación...», cit., p. 193.

lo permitan, se consulte a sus familiares o a otras personas vinculadas de hecho al paciente. Tampoco este supuesto puede suscitar objeción alguna, si bien sería necesario que el precepto contemplase expresamente que las intervenciones no pueden contravenir indicaciones previas del paciente que sean conocidas por los profesionales sanitarios.

Si la regulación de las excepciones al consentimiento informado del artículo 9.2 es aceptable en términos generales, no sucede lo mismo en cambio con el consentimiento por representación o sustitución. El artículo 9.3 contempla, por un lado, en el apartado b, un supuesto de representación —«cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente»— que resulta hoy obsoleto y que debe entenderse derogado por la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, pues hoy ya no existe modificación judicial alguna de la capacidad. Por su parte, el primero de los supuestos de representación que contempla el artículo 9.3 es, como ya se ha mencionado, el relativo a la «incapacidad de hecho»: «cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de la situación», situación en la que el consentimiento debe de prestarlo el representante legal, o, en caso de que éste no exista, las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho. En estas mismas circunstancias, el artículo 5.3 prevé que la información necesaria para emitir el consentimiento no sea comunicada al paciente sino a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Pues bien son estas las situaciones en las que, como se ha señalado anteriormente, se transfiere de hecho la capacidad de adoptar decisiones al médico, pues es él el que evalúa si el paciente tiene capacidad de entender la información y de tomar decisiones, rompiendo por lo tanto con el principio de autonomía, que es la base del consentimiento informado. A la luz de los argumentos expuestos, esta causa de sustitución en el ejercicio del derecho a la información y en la emisión del consentimiento no

resulta admisible. Por el contrario, la sustitución en el consentimiento de pacientes mayores de edad¹⁹ debería quedar limitada a dos situaciones:

- a) Aquellos casos en que no es posible conocer en modo alguno la voluntad de la persona, después de realizar todos los esfuerzos posibles, y ésta no ha sido tampoco manifestada en un documento de instrucciones previas; en estos supuestos, el consentimiento deberá prestarlo la persona que preste apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica si existe, o de lo contrario las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, si bien entre estas debería existir un orden de prelación, análogo al previsto por el artículo 276 del Código civil para el nombramiento del curador. Por lo demás, el criterio que habrá de seguir para su decisión la persona llamada a prestar el consentimiento es la interpretación de la voluntad del paciente, procurando tomar la decisión que la persona habría adoptado en caso de haber podido hacerlo, en sustitución del criterio que hoy establece el artículo 9.6 LBAP (el mayor beneficio para la vida o salud del paciente).
- b) La designación por la propia persona de un representante que le sustituya en la toma de decisiones.

Fuera de los dos casos que se acaban de mencionar, el consentimiento habrá de emitirlo la propia persona que ha de recibir el tratamiento. En caso de que cuente con una figura de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica, y el apoyo abarque el ámbito personal —lo que siempre sucede en la guarda de hecho, y en las restantes figuras de apoyo si así lo establece la escritura pública por la que se instituye el apoyo voluntario o la resolución por la que se instituye el de naturaleza judicial—, ésta deberá participar en la deci-

¹⁹ No me refiero al caso de los menores de edad, del que se ocupan el artículo 9.3 c) y 9.4, por exceder de la temática de este artículo. Sobre esta cuestión cfr. el libro ya citado de MONTALVO, *Menores de edad y consentimiento informado*, cit., *passim*.

sión sobre el tratamiento médico, y la LBAP deberá contemplar que la información se le facilite también a ella —como hace hoy el artículo 5.2, si bien utilizando la expresión obsoleta «representante legal»—, pero sin sustituir en ningún caso en su decisión a la persona a la que se presta el apoyo.

Finalmente, conviene hacer una breve referencia a las instrucciones previas, cuya regulación general se encuentra en el artículo 11 LBAP. Este precepto plantea en mi opinión dos problemas fundamentales. En primer lugar, exige como requisito para el otorgamiento de un documento de instrucciones previas que la persona sea capaz, lo que plantea la duda de si las personas con discapacidad pueden formalizarlo; una regulación futura deberá disipar esta duda, reconociendo la facultad de las personas con discapacidad de otorgar instrucciones previas, con los apoyos que requieran en su caso. En segundo lugar, de acuerdo con el artículo 11 las instrucciones previas sólo resultan de aplicación en aquellas circunstancias en que la persona no sea capaz de expresar personalmente su voluntad. De acuerdo con los argumentos que se han venido exponiendo en las páginas anteriores, pienso que el alcance de las instrucciones previas debe ser extendido a todas aquellas circunstancias en que su autor establezca que han de ser de aplicación (por volver a un ejemplo que ya ha sido mencionado, sería perfectamente posible que una persona en una etapa inicial de anorexia determine la conducta a adoptar si llega a una situación de riesgo para la vida, o que una persona con discapacidad psicosocial adopte las decisiones sobre las pautas a seguir en una situación de crisis).

Así pues, en conclusión, y en relación con el objeto central de este artículo, debe afirmarse que las personas con discapacidad psicosocial tienen derecho al consentimiento informado en el ámbito sanitario en igualdad de condiciones con todas las demás personas, derecho que les reconoce el artículo 25 CDPD y que, en nuestro sistema constitucional, forma parte integrante del derecho fundamental a la integridad física reconocido por el artículo 15 CE, lo que veda cualquier tratamiento médico forzoso motivado por su situación de salud men-

tal. La plena garantía de este derecho requiere, sin embargo, una reforma sustancial de la LBAP, que la adapte plenamente a la Convención y corrija la profunda incoherencia que hoy existe entre esta disposición y la reforma del régimen de la capacidad jurídica operada por la Ley 8/2021²⁰. El respeto de este derecho exige, además, que no se requiera el uso de medicación psiquiátrica para el acceso a cualquier tipo de servicios de apoyo psicosocial, discriminación que ha sido denunciada por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad²¹.

3. EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

Como es bien sabido, el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (en adelante, LEC) regula el denominado «internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico». Como adelanté al inicio de estas páginas, la radical incompatibilidad entre este precepto y la CDPD ha sido ya extensamente razonada por la doctrina —en particular, Patricia Cuenca ha argumentado detenida y rigurosamente la prohibición de los internamientos involuntarios por diversos preceptos de la Convención²²—, lo que me exime de detenerme con particular atención en esta cuestión. Junto a los argumentos ya señalados en el apartado anterior en relación con el consentimiento informado, quisiera destacar tan sólo la particular relevancia del artículo 14.1 b), que obliga a los Estados partes a asegurar «que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad». Que en el supuesto del artículo 763 LEC nos encontramos ante una privación de libertad justificada por la discapacidad resulta evidente. En primer lugar, el internamiento constituye ob-

²⁰ Esta incoherencia ha sido ya advertida por la doctrina: *cfr. vg.* Manuel ORTIZ FERNÁNDEZ, «Instrucciones previas en el ámbito sanitario...», cit., pp. 210-220.

²¹ COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España*, 13 de mayo de 2019, n.º 26 y 27.

²² Cfr. Patricia CUENCA, *Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad*, cit., pp. 28-63.

viamente una medida de privación de libertad, y así lo ha afirmado expresamente el Tribunal Constitucional, que ha exigido en consecuencia su autorización judicial y que su regulación sustantiva tenga rango de Ley Orgánica²³; debe reseñarse, además, que al internamiento se encuentran asociadas habitualmente otras restricciones de la libertad, en particular la utilización de contenciones mecánicas para inmovilizar a la persona contra su voluntad²⁴. En segundo lugar, las causas que legitiman el internamiento involuntario son, tal y como establece el primer párrafo del precepto, el «trastorno psíquico» y que la persona «no esté en condiciones de decidirlo por sí». Tales causas concurren principalmente en las personas con discapacidad, que son quienes, utilizando la terminología empleada por el artículo 4.1 del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre) presentan deficiencias mentales o intelectuales que, al interactuar con diversas barreras —entre ellas, las que le dificultan la toma de decisiones— impiden su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás, como demuestra precisamente la propia medida del internamiento involuntario. Así pues, el artículo 14.1 b) CDPD obliga a eliminar de nuestra legislación esta modalidad de internamiento involuntario.

Me parece importante referirme también a los dos argumentos con más frecuencia utilizados para defender el internamiento involuntario de personas con discapacidad psicosocial. Uno de ellos es la seguridad pública (argumento ya recogido, por ejemplo, en la célebre Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 24 de octubre de 1979 en el caso *Winterwerp contra Holanda*, n. 38). El argumento afirma, en sustancia, que en muchos casos las personas con problemas graves de salud mental deben ser internadas para

²³ Cfr. entre otras SSTC 129/1999, de 1 de julio, fundamento jurídico 2º; 132/2010, de 2 de diciembre, fundamento jurídico 3º.

²⁴ Sobre esta cuestión cfr. Celia PRADOS, *El ingreso involuntario...*, cit., pp. 179-185.

evitar riesgos para terceras personas. Es preciso poner de relieve que este es un argumento inadmisible en nuestro sistema constitucional. En efecto, un internamiento involuntario para proteger la seguridad pública tendría la naturaleza jurídica de una medida de seguridad, que es una medida de carácter preventivo que tiene como finalidad proteger a la sociedad frente a un individuo considerado potencialmente peligroso. Como es bien sabido, con anterioridad a la Constitución española de 1978 tales medidas —cuya última regulación fue la Ley 16/1970, de 4 de agosto, de peligrosidad y rehabilitación social— se encontraban previstas para sujetos pertenecientes a determinadas categorías aun cuando no hubiesen cometido previamente delitos. Sin embargo, el Tribunal Constitucional estableció muy pronto la inconstitucionalidad, por vulnerar el principio de legalidad penal establecido por el artículo 25.1 CE, «de toda medida de seguridad que no subsiga, en su imposición, a la condena penal por razón del delito», pues «no cabe otra condena —y la medida de seguridad lo es— que la que recaiga sobre quien haya sido declarado culpable de la comisión de un ilícito penal» (STC 23/1986, de 14 de febrero, fundamento jurídico primero), y por ello hoy el artículo 95 del Código penal limita la aplicación de las medidas de seguridad a sujetos que hayan cometido un hecho previsto como delito. Así pues, si la simple peligrosidad del sujeto no permite imponer a las demás personas una medida que les prive de libertad, resulta inadmisible que se permita únicamente en el caso de personas con discapacidad psicosocial. Ello al margen de que «no existen evidencias empíricas concluyentes que demuestren de forma fehaciente y objetiva la existencia de una diferencia significativa en el grado de peligrosidad de este grupo en comparación con la población general y con otros colectivos en particular»²⁵.

El segundo argumento es la protección de la propia persona a la que se aplica la medida de internamiento. Frente a este argumento pueden oponerse también dos objeciones sólidas. En primer lugar, no resulta en absoluto claro

²⁵ Patricia CUENCA, *Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad*, cit., p. 44.

que un internamiento forzoso proteja a la persona o contribuya a mejorar su salud; por el contrario, existen cada vez más evidencias empíricas que demuestran que las prácticas coercitivas generan resultados negativos con un impacto significativamente adverso para la calidad de vida de los pacientes²⁶. En segundo lugar, el argumento mencionado estaría basado en el principio del mejor interés o del interés superior de la persona con discapacidad, que autorizaría a prescindir de la decisión de la persona por una evaluación de su resultado, es decir, por estimar que la decisión resulta objetivamente perjudicial para ella; sin embargo, este principio resulta hoy contrario a nuestro ordenamiento jurídico, en particular al artículo 249 del Código civil, que obliga a que el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de la capacidad jurídica —es decir, en la toma de decisiones con efectos jurídicos— respete la voluntad, deseos y preferencias de la persona, así como al artículo 12 CDPD, que, al reconocer el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica a las personas con discapacidad «en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida», nos está diciendo que no puede haber diferencia alguna en relación con la capacidad de tomar decisiones motivada por la deficiencia de una persona, y obliga en cambio a dar el mismo tratamiento a las decisiones adoptadas por las personas con discapacidad que a las adoptadas por todas las demás personas: por tanto, si a una persona sin discapacidad se le permite adoptar una decisión que eventualmente pueda ser considerada perjudicial para ella —incluido el rechazo a un tratamiento médico o a un internamiento—, igualmente debe serle permitido a las personas con discapacidad²⁷.

²⁶ Así lo muestran S. P. SASHIDARAN *et al.*, «Reducing coercion in mental healthcare», en *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28 (2019), pp. 605-612.

²⁷ Me he ocupado con mayor atención del desplazamiento del principio del mejor interés en MARÍNEZ-PUJALTE, Antonio-Luis, «La clave hermenéutica de la nueva legislación civil sobre capacidad jurídica», en *Revista de Derecho Privado*, 3 (mayo-junio 2022), pp. 41-63; sobre la interpretación del artículo 12 CDPD, cfr. también «Legal Capacity and Supported Decision-Making: Lessons from Some Recent Legal Reforms», en *Laws*, 2019, 8(1):4.

¿Cabén, entonces, supuestos en los que pueda ser lícito el internamiento involuntario, es decir, el internamiento contrario a la voluntad de la persona o no consentido expresamente por ella? La respuesta debe ser afirmativa, y referirse a los mismos supuestos respecto de los que, en el apartado anterior, se ha considerado lícito el tratamiento médico sin el consentimiento del paciente o el consentimiento por sustitución. Recapitulando, estos supuestos son tres:

a) La existencia de un riesgo para la salud pública.

b) Aquellos casos en que no es posible conocer en modo alguno la voluntad de la persona, después de realizar todos los esfuerzos posibles, y ésta no ha sido tampoco manifestada en un documento de instrucciones previas. En estos casos, como se ha señalado, la decisión —en este caso sobre el internamiento— deberá adoptarla la figura de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica, si existe, y en otro caso una persona vinculada al paciente por razones familiares o de hecho, y deberá tener como parámetro la interpretación de la voluntad del paciente. En supuestos de urgencia (es decir, de riesgo inmediato y grave para la salud del paciente) la decisión podrá ser adoptada directamente por los profesionales sanitarios.

c) La designación por la propia persona de un representante que le sustituya en la toma de decisiones, que deberá atender a la voluntad de la persona con discapacidad, salvo que se haya establecido otra cosa en el documento por el que se instituye la representación.

Esta definición de las causas que legitiman el internamiento involuntario (de las que, en rigor, sólo la primera incluiría internamientos contra la voluntad de la persona, mientras que las otras dos se refieren a internamientos sin la voluntad de la persona, es decir, sin requerir el consentimiento expreso de la persona afectada por la medida) resulta aplicable a personas con y sin discapacidad. Al tratarse de las mismas causas que legitiman el tratamiento médico

involuntario, su regulación sustantiva debería incluirse en la legislación sanitaria general, en mi opinión en la LBAP, si bien, por tratarse de una medida de privación de libertad, de acuerdo con la doctrina del Tribunal Constitucional ya mencionada requiere autorización judicial y su regulación sustantiva exige rango de Ley Orgánica. La actual regulación contenida en el artículo 763 LEC podría mantenerse, en cambio, limitada únicamente a las cuestiones de naturaleza procesal, es decir, al procedimiento y plazos para recabar la citada autorización judicial.

Debe señalarse, finalmente, que la abolición del internamiento involuntario para las personas con discapacidad psicosocial no significa dejar a estas personas a su suerte. Existen, por el contrario, alternativas mejores para asegurar la atención y el apoyo que precisan²⁸. El pleno desarrollo de estos nuevos caminos requiere, sin embargo, como se ha señalado, un profundo cambio cultural —en primer lugar, en los profesionales de la psiquiatría²⁹—, en el que el Derecho sólo puede dar el primer paso.

4. CONCLUSIONES: PROPUESTAS DE REFORMA NORMATIVA

Como se ha mostrado a lo largo de los apartados precedentes, el Derecho español no garantiza plenamente el derecho de las personas con discapacidad al consentimiento informado en el ámbito de la salud, y legitima prácticas coercitivas que afectan principalmente a las personas con discapacidad psicosocial (aunque también, de forma muy significativa, a personas con discapacidad intelectual, en particular aquellas que se encuentran institucionalizadas), resultando por tanto, en estos aspectos, gravemente dis-

²⁸ Cfr. Piers GOODING *et al.*, *Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review*, Universidad de Melbourne, 2018, especialmente pp. 67-81; CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, *Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental*, Madrid, 2023, que se ocupa particularmente de lo que denomina «atención integral psicosocial» (pp. 13-23).

²⁹ Cfr. SASHIDARAN *et al.*, «Reducing coercion...», cit., pp. 608-610.

conforme con la CDPD, en particular con los artículos 12, 14 y 25. La plena adaptación a la Convención en este ámbito requiere, en consecuencia, una importante reforma normativa, que ha de afectar principalmente a dos disposiciones legislativas: la LBAP y la LEC.

Sobre la base del análisis realizado en páginas anteriores, sistematizaré de forma resumida en este epígrafe final las modificaciones fundamentales que han de ser abordadas, que pueden ser agrupadas en relación con seis cuestiones: el derecho a la información, las intervenciones sin el consentimiento del paciente, el consentimiento por sustitución, el apoyo en la prestación del consentimiento, el internamiento involuntario y las instrucciones previas.

a) En primer lugar, en relación con el derecho a la información acerca de los tratamientos médicos —que es requisito necesario para la emisión del consentimiento informado—, aun cuando ya el artículo 5.2 LBAP exige que la información se proporcione de modo adecuado a las posibilidades de comprensión del paciente, debe reforzarse esta obligación, exigiendo que la información sea ofrecida siempre en formatos accesibles, siguiendo las reglas del diseño universal, con los ajustes razonables y las medidas de apoyo pertinentes, adaptándose a las necesidades y circunstancias de cada paciente y garantizando su comprensión; y ha de modificarse la terminología obsoleta empleada por este precepto (concretamente, la referencia a la «incapacidad» y al «representante legal»), estableciendo en cambio que, en caso de existir personas que desempeñen funciones de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica cuyo alcance se extienda al ámbito personal, debe informarse también a éstas. Asimismo, podría incluirse la previsión de que, cuando el médico tenga una duda razonable de que el paciente ha comprendido la información facilitada, y éste carezca de personas de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica, deba ser informada también una persona vinculada a él por razones familiares o de hecho, siguiendo en lo posible el orden de prelación previsto por el artículo 276 del Código civil para el nombramiento de curador. Esta re-

gulación haría patente que el titular del derecho a la información es siempre la propia persona afectada, y permitiría suprimir la previsión del art. 5.3 —según la cual «cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico» basta con comunicarla a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho—, que, como se ha señalado, configura un supuesto inadmisible de sustitución en el ejercicio del derecho a la información. Por lo demás, la referencia a las personas de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica debe incorporarse también al artículo 5.4, en relación con la información en el estado de necesidad terapéutica, es decir, el supuesto en el que por razones objetivas el conocimiento por el paciente de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

b) En segundo lugar, el artículo 9.2 b) LBAP permite que se lleven a cabo intervenciones médicas sin contar con el consentimiento de la persona cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización. Esta previsión debe ser modificada para establecer que tales intervenciones no pueden contravenir indicaciones previas del paciente que sean conocidas por los profesionales sanitarios.

c) La reforma más sustancial es, sin duda, la que se refiere al consentimiento por sustitución. Al margen del cambio terminológico —modificando la expresión «consentimiento por representación», que es la que utiliza el actual texto legal—, pienso que sería oportuno separar la regulación del consentimiento por sustitución de los menores de edad y de las personas adultas, que obedecen a principios y plantean problemas distintos (por ejemplo, el principio del interés superior del menor sigue vigente en nuestro ordenamiento jurídico, mientras que ha quedado desplazado el principio del mejor interior de la persona con discapacidad), dedicando un nuevo precepto legal al consentimiento informado de los menores de edad. En relación con las personas adultas, deben suprimirse los dos supuestos de consentimiento por sustitución actualmente previstos en los apartados a) y b) del artículo 9.3, sustituyéndolos por los que se han señalado en páginas anteriores:

- Cuando no sea posible conocer en modo alguno la voluntad del paciente, después de realizar todos los esfuerzos posibles, y ésta no haya sido tampoco manifestada en un documento de instrucciones previas. En este supuesto, el consentimiento deberá prestarlo la persona que preste apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica si existe, o de lo contrario las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, siguiendo el orden de prelación previsto por el artículo 276 del Código civil para el nombramiento del curador. Por lo que se refiere al criterio orientador para la emisión del consentimiento en estos casos, debe reemplazarse el que actualmente contempla el artículo 9.6 —el mayor beneficio para la vida o salud del paciente— para incorporar en cambio el que recoge el párrafo tercero del artículo 249 del Código civil: «se deberá tener en cuenta la trayectoria vital de la persona con discapacidad, sus creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que habría adoptado la persona».
- Cuando el paciente haya designado un representante que le sustituya en la toma de decisiones en el ámbito de la salud, que habrá de actuar dentro de los términos del documento en que haya sido designado, o, en su defecto, atendiendo a la voluntad y preferencias del paciente y procurando que ésta sea llevada a la práctica.

El actual artículo 9.6, tras indicar el parámetro para la emisión del consentimiento —el mayor beneficio para la vida o salud del paciente, como se ha dicho—, dispone en su inciso segundo: «Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad». En coherencia con el nuevo parámetro que se propone en estas páginas —el respeto de la voluntad del paciente— este inciso deberá

también ser modificado. El recurso a la autoridad judicial procederá cuando los profesionales sanitarios estimen que la decisión adoptada no corresponde a la voluntad del paciente o a su trayectoria vital, o entiendan que el consentimiento debe ser otorgado por una persona distinta a la llamada a hacerlo en virtud de los criterios mencionados anteriormente y que tenga una mayor relación de confianza con el paciente; si por razones de urgencia no es posible recabar la autorización judicial, los profesionales sanitarios deben ser facultados a adoptar las medidas que en su opinión respondan más plenamente a la voluntad del paciente o, en su defecto, a su trayectoria vital.

d) Deberá incluirse un nuevo inciso en el artículo 9, o un nuevo artículo, que contemple que, fuera de los casos en los que procede el consentimiento por sustitución más arriba reseñados, en la emisión del consentimiento de las personas con discapacidad que cuenten con figuras de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica deberán participar estas últimas, siempre que el apoyo se extienda al ámbito personal, en los términos fijados en su caso por la escritura pública o resolución judicial que instituya el apoyo. Los apoyos establecidos por resolución judicial en ningún caso podrán incluir la sustitución de la persona con discapacidad en la emisión del consentimiento, salvo en los casos ya mencionados en que no sea posible en modo alguno conocer su voluntad³⁰.

e) Deberá añadirse un nuevo artículo, con rango formal de Ley Orgánica, que prevea que, en los casos en que es posible una intervención clínica sin el consentimiento del paciente o procede el consentimiento por sustitución, si la intervención comporta el internamiento del paciente éste requerirá autorización judicial, que será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hagan

³⁰ Por coherencia con todo lo que se viene exponiendo a lo largo de este artículo, y dado que para la emisión del consentimiento informado no se deben exigir particulares requisitos de capacidad, la reforma que se propone deberá incluir la modificación de la definición del consentimiento informado contenida en el artículo 3 de la Ley, suprimiendo concretamente la referencia a que éste debe ser manifestado por el paciente «en el pleno uso de sus facultades».

necesaria la inmediata adopción de la medida, en cuyo caso requerirá su posterior ratificación; podrían excluirse, no obstante de la exigencia de autorización o ratificación judicial los internamientos que se limiten a la práctica de una intervención clínica puntual (pensemos por ejemplo en una persona en situación de inconsciencia como consecuencia de un accidente, que es ingresada para su reconocimiento o para la realización de una intervención quirúrgica, o en el ingreso hospitalario para un tratamiento concreto de una persona con Alzheimer respecto de la que se otorga el consentimiento por sustitución). En definitiva, se trata de incorporar a la LBAP la regulación sustantiva del internamiento involuntario —que se limitaría a los supuestos examinados en estas páginas— mientras que las cuestiones relacionadas con los plazos, competencia y procedimientos para la autorización o ratificación judicial quedarían remitidas a las leyes procesales. El artículo 763 LEC habría de ser modificado, en consecuencia, suprimiendo los incisos iniciales de los dos primeros apartados —que son los que declaró inconstitucionales por vulnerar la exigencia de Ley Orgánica la STC 132/2010, de 2 de diciembre—, y, en lugar de referirse al internamiento «por razón de trastorno psíquico», su supuesto de hecho sería el internamiento no voluntario en los supuestos previstos por la legislación sanitaria.

Debe tenerse presente, no obstante, que la competencia para la autorización o ratificación judicial de las medidas de internamiento que puedan adoptarse como consecuencia de un riesgo para la salud pública no corresponde a la jurisdicción civil sino a la contencioso-administrativa, como establece expresamente el artículo 8.6 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, lo que resulta razonable, habida cuenta de que tales medidas sólo pueden ser adoptadas por las autoridades sanitarias. En este sentido, el párrafo segundo del artículo 8.6 atribuye al conocimiento de los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo «la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen limitación o restricción de derechos fundamenta-

les, cuando dichas medidas estén plasmadas en actos administrativos singulares que afecten únicamente a uno o varios particulares concretos identificados de forma individualizada»³¹; de este precepto debería suprimirse la palabra «urgentes», pues las medidas necesarias, pero no urgentes, que impliquen limitación de derechos fundamentales, también deben ser objeto de autorización judicial. Por su parte, el artículo 122 quáter, que establece la tramitación preferente de estos asuntos y el plazo de tres días naturales para su resolución, debería incluir también el plazo para solicitar la ratificación de la medida de internamiento cuando por razones de urgencia no haya podido solicitarse su autorización previa. Por lo demás, el actual inciso segundo del artículo 9.2 a) LBAP —que prevé que las medidas de internamiento obligatorio de personas como consecuencia de un riesgo para la salud pública se comuniquen a la autoridad judicial en el plazo de 24 horas— quedaría suprimido, pues la regulación general sustantiva de todos los supuestos de internamiento involuntario se unificaría en el nuevo precepto de la LBAP que se ha propuesto, mientras que los aspectos adjetivos se contemplarían en las respectivas leyes procesales.

e) Finalmente, en la regulación de las instrucciones previas, contenida en el artículo 11 LBAP, deben realizarse dos modificaciones fundamentales. En primer lugar, debe preverse expresamente que las personas con discapacidad pueden otorgar un documento de instrucciones previas, con las medidas de

³¹ Con motivo de la COVID, por la Ley 3/2020, de 18 de septiembre, de medidas procesales y organizativas para hacer frente a la COVID en el ámbito de la Administración de Justicia, se añadieron sendos preceptos a la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa que preveían también la autorización o ratificación judicial de las medidas sanitarias «cuando sus destinatarios no estén identificados individualmente», atribuyendo su conocimiento a las Salas de lo Contencioso-Administrativo de los Tribunales Superiores de Justicia, y a la Audiencia Nacional en caso de ser dictadas por las autoridades estatales. Sin embargo, estos preceptos (10.8 y 11.1.i) fueron declarados inconstitucionales por la STC 70/2022, de 2 de junio, básicamente por vulnerar el principio de separación de poderes. Cfr. al respecto Benát MAIZ LOURIDO, «Autorización judicial de medidas sanitarias generales, derechos fundamentales y separación de poderes», en *Legal. Revista del Parlamento Vasco*, 4 (2023), pp. 154-165.

apoyo y ajustes razonables que procedan, lo que implica suprimir el adjetivo «capaz» de los requisitos para otorgar el documento de instrucciones previas que hoy establece el inciso inicial del precepto. En segundo lugar, parece oportuno extender el alcance de las mismas: mientras que la regulación actual prevé que surtirán efectos cuando la persona se encuentre en una situación que le impida expresar personalmente su voluntad, la nueva norma deberá señalar, en términos más amplios, que surtirán efectos cuando se dé una situación que las propias instrucciones hayan previsto.

La plena garantía del derecho a la libertad personal de las personas con discapacidad psicosocial requiere la erradicación de las prácticas coercitivas, que en nuestro país se encuentran sin embargo actualmente amparadas por el Derecho. La reforma que se ha propuesto en estas páginas de la Ley de autonomía del paciente —que, por su carácter de norma básica, deberá ser respetada por las disposiciones que dicten en esta materia las Comunidades Autónomas— y de la Ley de Enjuiciamiento Civil suprimirá ese amparo legal y permitirá garantizar que todas las intervenciones médicas en el ámbito de la salud mental cuenten con el consentimiento informado de la persona. Este cambio debe ir precedido, acompañado y seguido de un profundo cambio en la mentalidad social, muy especialmente de los profesionales de la psiquiatría y también de los operadores jurídicos, que reconozca que, como se señala expresamente en el Preámbulo de la Ley 8/2021, las personas con discapacidad son titulares del derecho a la toma de sus propias decisiones, y lo son en igualdad de condiciones con todas las demás personas.

LA SALUD MENTAL EN LA LEGISLACIÓN Y EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Fernando Lamata Cotanda

Médico, especialista en psiquiatría, miembro del Consejo Consultivo de la Confederación Salud Mental España, patrono de FUTUCAM

1. INTRODUCCIÓN

El punto de partida de la *legislación y las políticas públicas* son las ideas, las convicciones personales que van conformando poco a poco la opinión pública y movilizando mayorías sociales y políticas. Por eso son tan importantes foros como este Congreso, porque aquí se debaten ideas y propuestas que, con el tiempo, podrán ser convertidas en *leyes y en políticas públicas*, y nos permitirán avanzar o, por lo menos, resistir.

En efecto, a partir de nuevas ideas se desarrollan nuevas normas, nuevas leyes, o se actualizan las vigentes. Esas normas pueden reconocer *derechos*. Y para hacer efectivos esos derechos hacen falta políticas públicas que, a su vez, necesitarán recursos, es decir presupuestos suficientes. *Tengamos bien presente, desde un principio, que sin presupuestos justos y adecuados no se pueden hacer efectivos los derechos sociales*. Unos recursos que deberán ser adecuados a las posibilidades del país.

En el ámbito de la salud mental las ideas acerca de estos padecimientos, de las personas que se veían afectadas, y del tipo de atención que se ofrecía, han ido cambiando a lo largo del tiempo, y de la misma forma cambiaron las *legislaciones y las políticas públicas*.

En esta primera parte de la charla haré un repaso esquemático de esta evolución. Despues comentaré la Reforma Psiquiátrica en España a finales del Siglo XX, y su plasmación en leyes y políticas públicas. Continuaré analizando la contra-reforma que se está produciendo en el primer tramo del siglo XXI, y finalmente, apuntaré la necesidad de un nuevo impulso en el ámbito de la salud mental.

2. EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL

Podemos hablar de tres grandes etapas que se pueden situar en los últimos 5 000, 500 y 50 años. Ya desde cuatro mil años antes de nuestra era, y hasta bien entrado el primer milenio después de Cristo, la mayoría de las personas que presentaban un problema grave de salud mental se consideraban endemoniadas, poseídas por espíritus malignos, y por eso eran estigmatizadas como dañinas o peligrosas, consideradas *pecadoras*, y castigadas por Dios. Así lo relatan los Evangelios de Marcos y de Lucas (1): «Cruzaron el lago hasta llegar a la región de los gerasenos. Y cuando salió él de la barca, enseguida vino a su encuentro, de los sepulcros, un hombre poseído por un espíritu maligno, que tenía su morada en los sepulcros, y nadie podía atarle, ni aún con cadenas. Porque muchas veces había sido atado con grilletes y cadenas, pero él los destrozaba y nadie tenía fuerza para dominarlo. Y siempre, de día y de noche, andaba dando voces en los montes y en los sepulcros, e hiriéndose con piedras». A estas personas se las encerraba y ocultaba en sus casas, se *las expulsaba de las ciudades*, muchas de ellas vivían en cuevas o en los cementerios, mendigaban para comer, recibían burlas y golpes, y eran rechazadas por la sociedad. En ocasiones se las enviaba en las «naves de los locos» a tierras lejanas, para así perderlas de vista para siempre.

El comienzo de la segunda etapa podemos datarlo en el año 1409, cuando Juan Gilaberto Jofré fundó el *primer hospital psiquiátrico de occidente* (2). El Padre Jofré no consideraba a estas personas pecadoras ni endemoniadas. Su *idea*, su convicción, es que eran inocentes a los que había que amparar en una institución que les protegiera. Su fuerza de persuasión logró convencer a los ricos comerciantes locales, y más tarde al propio Rey Martín I y al Papa Benedicto XIII, que apoyaran y financiaran su proyecto, *promulgando legislaciones* en forma de *privilegios reales* y de una *bula papal*. Se inició así una etapa custodial en toda España y en Europa, con la construcción de asilos o manicomios. Esta forma de atención custodial, con internamientos casi siempre forzosos y, muchas veces de por vida, se mantendría hasta bien avanzado el siglo XX. Como ocurre con muchas instituciones cerradas, también en estos centros, a pesar del propósito de sus fundadores y de los esfuerzos de muchos de los cuidadores, la atención se deterioraba con el tiempo, limitándose al encierro, la contención física, las celdas de castigo, duchas frías, inyecciones de trementina para provocar la inmovilización, algún tipo de laborterapia y, más tarde, malarioterapia, curas de sueño, camisas de fuerza, electrochoques o lobotomías.

A finales del siglo XIX y principios del XX se irá perfilando la tercera etapa. Irán sucediéndose debates e investigaciones, como las que condujeron al desarrollo del psicoanálisis o de los psicofármacos, que propiciarán nuevas ideas, *nuevos enfoques de la «enfermedad mental»* y *nuevas legislaciones* que buscan ofrecer un trato más digno a las personas afectadas. Así, en España, durante los años 20 y 30 del pasado siglo, Sacristán, Lafora, López Albo y otros psiquiatras, impulsarán la creación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y de la Liga de Higiene Mental, promoviendo la reforma de la asistencia a los llamados alienados (3). En ese contexto, Wenceslao López Albo, primer director del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, diseñó en 1926 un modelo de atención psiquiátrica avanzado, con consultas externas, unidad de hospitalización breve en el hospital general, servicios sociales, y otros apoyos comunitarios para evitar el ingreso de larga duración en los ma-

nicomios, etc. (4). En la Segunda República española algunas de las propuestas de la Liga de Higiene Mental se tradujeron en el *Decreto de julio de 1931* sobre asistencia a enfermos psíquicos. Pero estas propuestas no lograron implantarse porque el golpe de estado de 1936 y la guerra civil supusieron la represión o el exilio de muchos profesionales que habían propiciado aquellos cambios. En definitiva, habrán de pasar más de 500 años desde que el Padre Jofré fundara su hospital para que se desarrolle un nuevo modelo que integre las perspectivas biológica, psicológica y social: la *atención a la salud mental en el entorno de la comunidad* (5; 6).

Como veremos a lo largo de la charla, este ha sido y es un proceso complejo y no exento de dificultades, con avances y retrocesos. Sirva como ejemplo la reciente homilía del Obispo emérito de Alcalá de Henares, Reig Pla, el pasado día 11 de mayo, en la que refiriéndose a «los niños que nacen con discapacidad, física, o intelectual, o psíquica», afirmaba que dicha discapacidad «es herencia del pecado», retrotrayéndonos así a las concepciones más primitivas.

Volviendo al proceso de reforma psiquiátrica recordaremos que a finales del franquismo, en los años 70 del siglo XX, desde las Diputaciones Provinciales, que gestionaban la mayoría de los hospitales psiquiátricos públicos, se inició un proceso de cambio promovido por los debates de muchos jóvenes profesionales, que incorporaba nuevos enfoques aplicados en Francia, en Reino Unido, en Italia y otros países avanzados, como la des-institucionalización y el cierre progresivo de camas manicomiales, o la «psiquiatría de sector», que pretendían acercar la atención a los barrios y las poblaciones. Estos cambios y estos nuevos modelos se fueron abriendo paso, con no pocos conflictos que afectarían duramente, despidos y expedientes mediante, a muchos de aquellos jóvenes pioneros.

Durante los últimos años del franquismo, y primeros años de la democracia en España, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Coordinadora Psi-

quiátrica, el movimiento de Médicos Internos y Residentes, y grupos profesionales de la psicología, la enfermería, el trabajo social y otros, van a poner sobre la mesa estas nuevas propuestas de atención. Así, en el Congreso de la AEN de 1980 se presentó la ponencia «La transformación de la asistencia psiquiátrica», que inspirará las reformas posteriores (7). En 1983, el Ministro de Sanidad del primer gobierno socialista, Ernest Lluch, puso en marcha la *Comisión para la reforma psiquiátrica*, presidida por el subsecretario Pedro Sabando, y con Antonio Espino como secretario. Su informe fue aprobado en 1985 (8) y su contenido se recogería posteriormente en la Ley General de Sanidad de 1986. Esta ley definiría para nuestro país la atención a la *salud mental con un enfoque centrado en la persona y en la comunidad*.

Pero antes de comentar esta Ley, en nuestro breve recorrido histórico, hemos de hablar de la Constitución Española de 1978 (9).

Para lo que nos interesa en esta reflexión menciono los siguientes apartados de la Carta Magna:

-Artículo 43. Se reconoce el *derecho a la protección de la salud*.

-Artículo 49. Las *personas con discapacidad ejercen los derechos previstos en este Título en condiciones de libertad e igualdad reales y efectivas. Se regulará por ley la protección especial que sea necesaria para dicho ejercicio. Los poderes públicos impulsarán las políticas que garanticen la plena autonomía personal y la inclusión social a las personas con discapacidad, en entornos universalmente accesibles. Asimismo, fomentarán la participación de sus organizaciones, en los términos que la ley establezca. Se atenderán particularmente las necesidades específicas de las mujeres y los menores con discapacidad.* (Fijémonos que esta redacción no es la original; se aprobó el 15 febrero de 2024, modificando la Constitución mediante acuerdo de la mayoría del Congreso y del Senado, incorporando los debates y reflexiones del Sector, así como lo dispuesto en la Convención sobre los derechos de las personas

con discapacidad. Recordemos que, en el texto de 1978, se hablaba de «los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos», respondiendo a la visión de aquel momento).

-Artículo 31. (Muy importante). Todos contribuirán al sostenimiento de los gastos públicos de acuerdo con su capacidad económica mediante un *sistema tributario justo inspirado en los principios de igualdad y progresividad...*

-Y es preciso citar también el Título VIII, «De la Organización Territorial del Estado», que habilitaba la creación de Comunidades Autónomas. Éstas podrían asumir las competencias definidas en sus Estatutos, en el marco de lo establecido en la Constitución, y recibir el traspaso de servicios y de recursos para hacerlas efectivas. Establece fórmulas de financiación y mecanismos de cohesión y control, con «garantía de los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del Estado» (artículos 139 y 155).

Antes de continuar, conviene no olvidar que el mantenimiento y la recuperación de la salud mental tiene que ver no solo con las leyes, políticas y estructuras específicamente sanitarias o de servicios sociales, sino con una serie de condiciones políticas y económicas, en los *ámbitos de trabajo, de educación, de vivienda, de medio ambiente, de cultura*, etc., que influyen de una u otra forma en la salud. Ahora bien, en esta charla me referiré principalmente al sector sanitario y sociosanitario.

3. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Destacaré en primer lugar la Ley General de Sanidad de 1986, que, en su Artículo 20, incorporó dos avances muy relevantes (10). Por una parte, recogía la *plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general*, y la *equiparación de la persona con enfermedad mental a las personas que presentan otros problemas de salud*. Así mismo,

disponía que la hospitalización de los pacientes se debería realizar en unidades psiquiátricas de hospitales generales, acelerando así la *des-manicomialización*.

El segundo avance consistió en definir el *enfoque de atención* a los problemas de salud mental *en la comunidad*, potenciando los recursos ambulatorios, la hospitalización parcial y la atención a domicilio, para reducir al máximo la necesidad de hospitalización. La Ley prevé que se desarrollarán servicios de rehabilitación y reinserción social para una atención integral de los problemas del *enfermo mental*, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales. Así mismo, se deberá hacer énfasis en programas de prevención primaria y en la atención a los problemas psicosociales.

Fijémonos aquí en que la ley utiliza el término «enfermo mental» que, en nuestros debates ha sido sustituido sucesivamente por persona con *enfermedad mental*, persona con *trastorno mental*, persona con *problemas de salud mental* y otras denominaciones, incorporando así al lenguaje y a los discursos los cambios en nuestra conceptualización de esta problemática.

Otro ejemplo muy interesante de esta evolución y estos debates es el referido al internamiento involuntario. Así, en 1983 se aprobó la modificación del artículo 211 del Código Civil, para sustituir el control meramente gubernativo del «*internamiento de un presunto incapaz*» por un control judicial, lo que, en aquel momento, supuso un avance sobre la situación anterior. Posteriormente, en el año 2000, para establecer mayores cautelas y requisitos, se actualizaría la legislación sobre el «*internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico*» con el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Años después, la Sentencia del Tribunal Constitucional 132/2010 recordó la necesidad de ley Orgánica para regular la privación de libertad, por lo que, mediante la Ley Orgánica 8/2015, se confirió carácter orgánico a este artículo. Ahora bien, en la actualidad, la Confederación Salud Mental España y otras instancias, han venido reclamando su derogación, y el desarrollo de una nueva legislación, para

hacer efectivo el principio de no discriminación por razón de discapacidad (11). Al mismo tiempo, en el tira y afloja de la historia, observamos tendencias que defienden mantener esta discriminación. Así, en 2013 se incluyó una propuesta en el anteproyecto de Ley de reforma del Código Penal que establecía medidas de seguridad de carácter indefinido para personas con trastorno mental atendiendo a su peligrosidad. Aquí también la Confederación Salud Mental España (CSME) y otros grupos se opusieron a esta reforma, logrando su retirada (12). Un nuevo intento discriminatorio ha ocurrido en la propuesta de Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo, que provocó la oposición de CERMI y de la CSME (13). Vemos así cómo *los procesos de reforma legal son consecuencia de los debates y mayorías sociales en cada momento, y que ningún avance social debe considerarse irreversible. Por eso es tan importante el papel de las organizaciones ciudadanas en la defensa y promoción de los derechos humanos.*

En este proceso, el 13 de diciembre de 2006 se dio un paso muy importante, cuando la ONU aprobó la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad incorporando el *enfoque de Derechos Humanos y el principio de no discriminación* (14). España ratificó la Convención en mayo de 2008 y ha ido modificando o aprobando nueva legislación para cumplir con lo establecido en la misma, como la modificación de la ley electoral, la ley 8/2021 que establece el sistema de apoyos a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, la modificación del artículo 49 de la Constitución, mencionada anteriormente, y otras (15; 16).

Hemos de mencionar también la Ley de Cohesión y Calidad 16/2003, que aprobó las prestaciones correspondientes a salud mental en Atención Primaria y Atención Especializada (17), y la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, aprobada por RD 1030/2006 (18).

Otro texto muy relevante es la Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente (19). Esta Ley establece el *consentimiento informado*, que es la forma de autorización voluntaria y informada que se requiere para la realización de procedimientos terapéuticos y de investigación clínica.

miento informado del paciente que deberá ser previo a cualquier actuación en el ámbito de la sanidad, y regula el Documento de *Instrucciones Previas*. Este documento manifiesta la voluntad del paciente sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, por si en algún momento no pudiera expresarla, así como la posibilidad de designar un representante. También aquí es necesaria una actualización de la norma para adaptarla a la Convención.

Cabe recordar también la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (20), así como su catálogo de prestaciones.

Finalmente, señalar la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada en 2006 (21), y basada en la Declaración de Helsinki, que había sido promovida por la oficina regional europea de la OMS en 2005, y suscrita por España (22). La Declaración y la Estrategia reforzaban el *enfoque de prevención y promoción de la salud, teniendo en cuenta los determinantes sociales* y dando un impulso a la salud mental comunitaria.

Hay muchas otras normas nacionales y autonómicas, y también algunas normas europeas, así como importantes resoluciones de la ONU y de la OMS, que tienen efectos sobre la organización y la atención a la salud mental. Pero su análisis excede el propósito de esta charla. Basta lo dicho para ver cómo *las aspiraciones y debates sociales pueden lograr convertirse en Leyes, y cómo a lo largo del tiempo se fue dando contenido a un cuerpo normativo que mejoraba significativamente los derechos de las personas con problemas de salud mental*.

Pero para que las leyes se apliquen, se precisan políticas públicas eficaces, y recursos para llevarlas a cabo.

Fruto de esas políticas, desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, y ya creadas las CCAA al amparo del Título VIII de la Constitución, se formaron

los *Servicios Regionales de Salud*, que integraban los dispositivos públicos de salud mental de las antiguas redes (del Ministerio de Sanidad, de las Diputaciones, de las Universidades, de los Ayuntamientos, etc.) y se llevaron a cabo procesos de *traspaso de recursos*. Siguiendo las directrices de la ley de Sanidad, las CCAA y el Ministerio de Sanidad en el ámbito de sus competencias, fueron impulsando el cierre de camas en hospitales psiquiátricos, creando *dispositivos intermedios en la comunidad*, como *centros de día, centros de rehabilitación psicosocial y laboral, centros especiales de empleo, programas de empleo con apoyo, viviendas tuteladas, residencias*, y otros servicios, respondiendo a la demanda y al impulso de las asociaciones de familiares y de pacientes así como de los profesionales. Al mismo tiempo, en la red sanitaria pública, se pusieron en marcha *Unidades de Hospitalización Breve* dentro de los hospitales generales, *Hospitales de Día y programas de hospitalización a domicilio*, y se crearon decenas de *Equipos y Unidades de Salud Mental multidisciplinares* en las áreas y distritos de salud.

Como ejemplo de esta importante transformación podemos señalar que entre 1979 y 2011 se cerraron más de 30 000 camas en hospitales psiquiátricos, el 70 % del total. Ahora se mantienen unas 11 000 (en centros públicos y privados), en instituciones transformadas en centros de media y larga estancia. Al mismo tiempo se crearon más de 6 000 plazas en unidades de hospitalización breve (23). Y, por otro lado, se abrieron cerca de 9 000 plazas en alojamientos alternativos en la comunidad (pisos, mini-residencias, etc.). Durante este significativo proceso de transformación de la atención psiquiátrica, las familias de las personas afectadas y los propios pacientes fueron adquiriendo un protagonismo cada vez mayor en el diseño de las nuevas políticas, colaborando en la puesta en marcha de algunos dispositivos intermedios y liderando activamente programas eficaces contra el estigma y la exclusión.

Haciendo balance de la Reforma Psiquiátrica, cabe afirmar que, entre los años 1986 y 2010, la atención a las personas con problemas de salud mental mejoró sensiblemente. Muchas de estas personas, que 60 o 70 años atrás

hubieran sido internadas de por vida en un psiquiátrico, viven hoy de forma autónoma, productiva y razonablemente feliz.

4. ESTANCAMIENTO Y DETERIORO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL. LA CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA

Sin embargo, a raíz de la crisis financiera de 2008 generada por la codicia de las entidades financieras, y por la gestión de la crisis en España y en la Unión Europea, se produjeron importantes *recortes en políticas públicas*, también en sanidad (24). Al mismo tiempo, frente al enfoque comunitario de atención, que contempla los aspectos biológicos, sociales y psicológicos de la persona, fue recuperando fuerza en el ámbito de la psiquiatría el *enfoque biológico y hospitalocéntrico*. Es importante recordar que este enfoque recibe fuerte apoyo de la industria farmacéutica, que tiene interés en considerar a los problemas de salud mental como una enfermedad con un *origen biológico* y un *tratamiento farmacológico*, y que, a su vez, controla la formación continuada, buena parte de la formación académica, y la mayoría de las guías clínicas y manuales de diagnóstico y tratamiento, como el famoso DSM, así como los objetivos y protocolos de la mayoría de los proyectos de investigación. Y, por otro lado, algunos gobiernos autonómicos comenzaron a dar protagonismo a redes de hospitales psiquiátricos y otros servicios privados concertados. Estos cambios fueron configurándose como una verdadera contrarreforma psiquiátrica (25). Veamos a continuación algunos impactos de este proceso.

La primera constatación es que los recursos dedicados a salud mental son muy insuficientes, no se han recuperado de los recortes de la pasada década y no se plantea un objetivo de mejora ambicioso. Con los recursos actuales no se puede ofrecer una atención integral en la comunidad, con programas de promoción de la salud, prevención, atención temprana, acompañamiento, etc., etc. Como ejemplo citaremos que, en el análisis DAFO que presenta la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 (26, p.

64), se señala como *debilidad*: los «recursos humanos insuficientes para atender desde el modelo de atención salutogénico, promoviendo la humanización de la atención y la seguridad del paciente», así como la «saturación de los servicios, retrasos en la asistencia, perjuicio de la calidad y prácticas menos garantistas de los derechos humanos». Pero no se cuantifica la necesidad de recursos humanos y su financiación. En la página 44 de la misma Estrategia, se presenta una estimación parcial del gasto sanitario en salud mental para 2017, considerando la actividad realizada en los hospitales, pero sin incluir el gasto en oficinas de farmacia, o el gasto en dispositivos intermedios. Si incorporamos el gasto farmacéutico y una estimación del gasto en dispositivos intermedios y en atención extrahospitalaria, el Gasto Sanitario Público en Salud Mental se situaría *en torno a un 5,17 % del gasto sanitario público total* (unos 5 144 millones de euros en 2022) (26; 27; 28). Sin embargo, *los programas y servicios de salud mental deberían disponer de, al menos, un 10 % del GSP total, para adecuarse a la prevalencia de problemas de salud mental y discapacidad psicosocial en España*. En el informe Headway-Mental Health Index 2.0, se muestra una estimación de gasto en salud mental respecto al total de gasto sanitario de 5 % en España para el año 2021, mientras que Francia dedicaría el 14,5 %, Alemania el 11,3 %, Suecia el 10 %, Reino Unido el 9,5 % o Países Bajos el 8,8 % (29). Es decir, *los países europeos avanzados dedican el doble de gasto sanitario público a salud mental* en relación con el total de gasto sanitario que lo que destinamos en España.

Como señaló Dainius Puras, relator especial de Naciones Unidas, sabemos que existen medidas efectivas para recuperar la salud mental y evitar la vulneración de los derechos humanos, pero *se necesita voluntad política para reconocer la centralidad de la salud mental. Se necesitan más recursos, y un uso efectivo y eficiente de los mismos* (30).

Ciertamente, además de lograr más recursos, también se debe *optimizar su uso*. Sin embargo, tampoco está siendo así. Hablamos de salud mental comunitaria, pero el *40 % del gasto en salud mental se destinaría actualmente*

a medicamentos y un 35 % se gastaría en hospitalización. Solamente un 25 % se destinaría a servicios extrahospitalarios y comunitarios. El objetivo sería reducir a la mitad el gasto en medicamentos (eliminando la sobre prescripción, y reduciendo los precios abusivos) y dedicar esa cuantía a aumentar los profesionales en los servicios comunitarios y centros de salud mental, reduciendo al mismo tiempo y de forma progresiva las hospitalizaciones.

La tendencia de los últimos años no sigue esa dirección. Más bien al contrario. Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (31), *la tasa de altas hospitalarias en psiquiatría ha aumentado un 6 % entre 2020 y 2023, situándose en 260 por 100 000 habitantes, mientras que entre 2000 y 2010 dicha tasa se había reducido en un 9 %.* ¿Cuántas de esas 126 383 hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento ocurridas en 2023 se hubieran podido evitar con mayor inversión en prevención y atención temprana?

A su vez, *el consumo de psicofármacos sigue creciendo.* Así, por ejemplo, la prescripción de medicamentos utilizados en la depresión aumentó un 26,3 % (en envases por habitante) entre 2016 y 2022 (32). La creciente sobre prescripción en problemas de salud mental, documentada por diversos autores, como Joan Ramon Laporte, en su Crónica de una sociedad intoxicada (33), o James Davies (en *Sedated. How modern capitalism created our mental health crisis*), es inaceptable.

Y es que la falta de recursos, sobre todo de personal, deteriora la calidad de la atención y se expresa en más medicación innecesaria, y en aumento de los tiempos de espera para ser atendidos. En efecto, un 64,6 % de las personas que solicitan atención en salud mental tardan más de un mes en ser atendidas (34). Esto provoca que más de la mitad de las personas que acuden a consulta de psiquiatría o psicología lo tengan que hacer en la sanidad privada (34), lo que supone una quiebra de la equidad en el acceso.

De la misma manera, el informe sobre *tratamientos e ingresos involuntarios* en salud mental, elaborado por el Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces Barba y la Confederación Salud Mental España, señala que «*el sistema español no dispone de los recursos socio-sanitarios suficientes que eviten las situaciones de desatención, que abocan a las personas con discapacidad a la institucionalización forzosa, y que hagan realidad su derecho a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad*» (35).

Como consecuencia de la falta de recursos suficientes y de su uso inefficiente, los resultados en mejora de la salud mental tampoco están siendo buenos. Por el contrario, según datos del Informe del SNS 2023, *la prevalencia ajustada por edad de problemas de salud mental creció un 32,4 % entre 2016 y 2022* (36). Y otro indicador muy significativo muestra que el *número de bajas laborales por problemas de salud mental, entre 2016 y 2022 aumentó más de un 113 % (alcanzando 603 521 situaciones de Incapacidad Temporal por problemas de salud mental en 2022)*. Y estos problemas suponen casi el 17 % del total de días de baja por todas las causas, mientras que en 2016 suponían un 11,46 %, suponiendo un aumento de 46,8 % (37).

Como ya hemos comentado, los profesionales no dan abasto. *En España disponemos de 13 psiquiatras / 100 000 habitantes, mientras que en Alemania la tasa es de 28, en Países Bajos de 25, en Francia de 22, en Irlanda 21 o en Italia 20* (38; 39). Asimismo, disponemos de un tercio de psicólogos clínicos (40), o un tercio de enfermería de salud mental que esos países, y existen unas diferencias similares en trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, etc. Tendríamos que duplicar o triplicar estas dotaciones en un horizonte de 2-6 años, empezando desde ahora mismo, e incorporando, además, personas con experiencia propia como agentes de apoyo mutuo y asistentes personales, de manera que los profesionales tuvieran tiempo para poder *ofrecer psicoterapia y acompañamiento en los casos necesarios, llevando a cabo intervenciones psico-sociales en el ámbito escolar, laboral, fa-*

miliar, etc., actuando sobre el contexto, apoyando a las familias, al profesorado, a los servicios de prevención de las empresas, a los ayuntamientos, etc., etc.

Fijémonos, como ejemplo de la insuficiencia de recursos para impulsar programas de salud mental comunitaria, en la situación laboral de las personas con discapacidad psicosocial. Con motivo de la conmemoración del 1 de mayo de este año, la Confederación Salud Mental España ha subrayado que la tasa de actividad de las personas con discapacidad psicosocial es la más baja de todas las discapacidades, un 27,4 % frente al 35,5 %, y muy por debajo de la tasa de las personas sin discapacidad. Asimismo, la tasa de empleo es de un 19 %, frente a la tasa de 51,92 % en personas sin discapacidad (datos de INE 2023) (41). Queda mucho por hacer.

Otro aspecto muy relevante que considerar es la desigualdad que se observa, tanto en la prevalencia de los problemas de salud mental, como en las posibilidades de acceso a los servicios y el consumo de medicamentos. La prevalencia de problemas de salud mental y el consumo de psicofármacos aumenta en las personas de rentas bajas y menor nivel educativo, mientras que el acceso a los profesionales disminuye para esta parte de la población. (36; 42). También hay importantes diferencias por género. Estas desigualdades deben corregirse, y para ello, se necesitan los recursos apropiados.

Finalmente, si la gestión descentralizada de la sanidad supuso un impulso para la mejora de la atención, con el tiempo se han ido registrando *diferencias significativas en la dotación de recursos y en la implementación de los programas de salud mental* (43). Estas diferencias rompen el derecho a la igualdad en el acceso a los servicios para todas las personas, y requieren una reacción eficaz por parte de las Administraciones Públicas, reforzando los instrumentos de coordinación y cohesión sanitaria y garantizando el traspaso de recursos suficientes para lograr los objetivos de la Estrategia de Salud Mental.

Este proceso de estancamiento y deterioro, que podemos calificar de *contrarreforma psiquiátrica*, ha motivado reiteradas llamadas de atención por parte de la Confederación Salud Mental España (44). Por si fuera poco, en 2020 y 2021 llegó la sobrecarga producida por la pandemia de la COVID-19. La pandemia supuso un aumento importante de la prevalencia de problemas de salud mental, y, al mismo tiempo, una merma de los recursos disponibles.

Este panorama de carencias hace imposible cumplir la Ley General de Sanidad, o la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad y las otras leyes citadas, resultando imposible aplicar el modelo comunitario en salud mental de forma adecuada. Y lo que es peor, *puede empeorar si no actuamos de forma decidida*. Y pronto.

Porque, además, *el entorno actual no es favorable*.

Por una parte, se está produciendo un aumento previsible de problemas y necesidades en salud mental (*debido al impacto de la digitalización de la vida con las nuevas tecnologías, la desigualdad social y la pobreza, la inseguridad, la hiper-competitividad, los efectos de la crisis climática, los cambios demográficos y las migraciones, la violencia y las guerras o la amenaza de nuevas pandemias...*). Y, por otra parte, se está produciendo un ataque al Estado y a las políticas sociales, promovido por enormes poderes económicos, como vemos hoy en EEUU y en otros gobiernos de Europa y América, que tratan de revertir todas las políticas que promueven la igualdad y los derechos humanos: *Las políticas públicas, y con ellas las de salud mental están seriamente amenazadas*.

Si la sociedad quiere preservar estos derechos y estas prestaciones tiene que *presionar y apoyar a los gobiernos* para que, cuanto antes, consoliden y mejoren la calidad de estos servicios. Porque si los servicios públicos se deterioran, perderán el apoyo social. Y se cerrará un círculo vicioso. «No me dan respuesta, pues no quiero aportar para ello. Que lo quiten y que cada uno se resuelva como pueda».

Así, vemos que el barómetro del CIS de abril de 2015 dice que la sanidad es el segundo problema que más afecta personalmente a la gente, llegando al 22,2 % de la población, frente a un 3,5 % en 2010 (45). *La valoración de la sanidad pública se ha deteriorado de un 74 % que opinaba que funcionaba bien o muy bien en 2010, a un 55 % hoy (34).* Y, mientras tanto, el *número de personas con póliza sanitaria privada se ha duplicado* en estos años, y ya se acerca a un 30 % de la población (34).

En resumen, en este apartado hemos visto como la *contrarreforma psiquiátrica* no consiste tanto en nuevas normas que cambian el modelo «de iure», sino en políticas públicas (o en la insuficiencia de las mismas) que vacían el modelo de contenido, modificándolo «de facto», dotando de forma muy insuficiente los programas y estructuras de salud mental, y sustituyendo el enfoque de atención biopsicosocial en la comunidad por un enfoque biológico centrado en los hospitales y la medicación.

5. ES PRECISO UN NUEVO IMPULSO A LA SALUD MENTAL

Es preciso impulsar una nueva reforma psiquiátrica (46; 47), que recupere los objetivos planteados hace casi 40 años, y vaya más allá, *actualizando el modelo para responder a los nuevos retos y aprovechando las nuevas capacidades y conocimientos, y dotándolo con los recursos adecuados. Debemos revisar nuestra conceptualización de los problemas de salud mental, cambiando el paradigma de categorías diagnósticas estancas (que se «padecen»), por un esquema de procesos abiertos (con el que «interactuamos»); dando más valor al papel del contexto y de los determinantes sociales en la generación, curso y reversión de los problemas de salud; asegurando el protagonismo de la persona afectada en la gestión de su proceso de recuperación, en primera persona; impulsando la des-medicamentalización progresiva, y la eliminación de los tratamientos e internamientos involuntarios; con un enfoque recuperación; y asegurando la garantía de los derechos humanos de todas las personas.*

En esta dirección, desarrollando la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026 (26), la ministra Mónica García ha promovido el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 (48), que se aprobó por el Consejo Interterritorial del SNS el pasado 4 de abril. Las líneas estratégicas que fija son las siguientes: 1.^{a)} *refuerzo de recursos humanos en salud mental* aumentando el número de profesionales, mejorando sus condiciones laborales, etc.); 2.^{a)} refuerzo de la *salud mental comunitaria* y las alternativas a la institucionalización; 3.^{a)} impulso del modelo de atención orientado a los derechos humanos (reduciendo al máximo la contención mecánica y las intervenciones involuntarias); 4.^{a)} *uso racional de psicofármacos* (mediante una guía de práctica clínica, programas de de-prescripción, etc.); 5.^{a)} atención a colectivos de *mayor vulnerabilidad*; 6.^{a)} mejora de la atención a salud mental perinatal en la infancia y la adolescencia; 7.^{a)} potenciación de los *sistemas de información*; y 8.^{a)} *impulso de la salud mental en el trabajo*.

A mi juicio, las ocho líneas estratégicas y los objetivos que fija el Plan son muy acertados. Si se cumplieran mejoraría mucho la situación y podrían ser el comienzo de esa nueva reforma psiquiátrica que proponemos. *El problema es que el Plan no se dota de recursos suficientes (39 millones de euros en 2 años, cuando la necesidad es de 5 000 millones de euros anuales más)* (49). Y por eso, las acciones que propone el Plan se quedan muy cortas para alcanzar los objetivos señalados, y no van a poder modificar la situación y la tendencia negativa actuales.

Lo mismo ocurriría con las propuestas respecto a las dotaciones de personal o los tiempos máximos de espera, incluidas en la proposición de *Ley General de Salud Mental* presentada por Podemos en el Congreso de los Diputados, y publicada en el boletín oficial de las Cortes generales el 12 de enero de 2024 (50). En ambos casos es preciso que las normas vayan acompañadas del presupuesto preciso para su cumplimiento. De lo contrario son papel mojado.

Por eso, es fundamental que el gobierno de España haga cumplir el artículo 31 de la Constitución. Un sistema fiscal justo y progresivo, que lograra unos ingresos públicos similares a los países más avanzados de la UE permitiría recaudar entre 70 000 y 130 000 millones de euros adicionales cada año (51). La atención a la salud mental, como se ha dicho, necesita 5 000 millones de euros más. Y la sanidad pública en total, unos 22 000 millones más, especialmente la Atención Primaria. Nuestro país puede financiarlo si las grandes fortunas y las grandes empresas pagaran su parte proporcional, como ya hacen los trabajadores y los pensionistas.

Una vez logrados los recursos, es precisa una distribución justa, y una asignación a los objetivos que queremos alcanzar, en este caso, a los programas de salud mental. Para ello, el nuevo pacto de financiación autonómica, entre el Estado y las CC. AA., debería establecer una financiación finalista, o similar, con controles eficaces de gasto y de gestión. Los traspasos de nuevos recursos deberían ir condicionados a fines concretos: en este caso, a las líneas estratégicas del Plan de Acción de Salud Mental, con la mejora progresiva de las dotaciones de personal y medios necesarios.

Al mismo tiempo, también se deben *reforzar las capacidades de coordinación del Estado y del Ministerio de Sanidad*, de tal manera que se pueda garantizar el cumplimiento de las Leyes. El gobierno nacional tiene competencias, como la *Alta Inspección*, para poder velar porque se cumple la Ley. Pero esa competencia y la de coordinación deben potenciarse y utilizarse de forma eficaz.

6. EN CONCLUSIÓN

En este breve repaso vimos cómo, a lo largo del tiempo, *hemos avanzado mucho en el abordaje de la salud mental*. Desde las épocas en que el sufrimiento mental era incomprendible e incurable y la sociedad respondía con la exclusión, el encierro y la burla, hasta los últimos 50 o 60 años, en los que

hemos sido capaces de comprender cada vez mejor los problemas de salud mental de las personas, y desarrollar programas para favorecer su recuperación y su inclusión, con un enfoque de derechos humanos, superador de los estigmas sociales. Pero *reconocer este enorme avance no debe hacernos pasar por alto el proceso de deterioro que estamos viviendo*. Es preciso analizarlo y conocer sus causas, para poder responder con firmeza.

Como señalaba al comienzo de la charla, el primer paso para los cambios sociales es el debate de ideas, definir los principios, reforzar las convicciones. Esto es lo que hacemos en este Congreso.

El segundo paso es el reconocimiento de los derechos, plasmándolos en leyes y normas.

Y el tercero, es el cumplimiento de las leyes con políticas públicas bien diseñadas, financiadas con impuestos justos, y bien evaluadas para poder rendir cuentas a la sociedad. Aquí, el gobierno nacional y los gobiernos autonómicos tienen la mayor responsabilidad. Pero a la sociedad civil nos cabe animar y presionar para que las políticas públicas garanticen los derechos logrados, tratando de evitar retrocesos que causarían enorme sufrimiento. Y, al mismo tiempo, impulsando nuevos avances.

Dejar las cosas a su inercia no es suficiente. Porque hay intereses económicos y políticos que van a seguir queriendo erosionar el modelo de atención comunitaria pública a la salud mental. Por eso, es precisa una firme voluntad política, con su correlato presupuestario, para reforzar y consolidar un buen sistema público de salud. Y, para eso, todas y todos tenemos que mantener la presión, cada uno en nuestro ámbito.

Mi mensaje hoy aquí es de preocupación. Pero no es de pesimismo. Es de esperanza. Porque sé que, con ilusión y voluntad, otras personas como las que estamos hoy aquí se empeñaron y lograron los enormes avances en

el abordaje de la salud mental que hemos descrito. Nosotros, y los que vengan después, también podemos y debemos seguir trabajando (tanto aquí en España, como en todos los rincones de este pequeño planeta) por una atención a la salud mental de buena calidad, orientada a la recuperación, respetuosa de los derechos humanos, y con una financiación pública justa y suficiente.

Así que: Mucho ánimo y mucha suerte.

Ciudad Real, 22 de mayo de 2025.

REFERENCIAS

1. Evangelio de San Marcos 5:1-25; Evangelio de San Lucas 8:28-39.
2. Sanz Maseres, Juan José. Ateneo Mercantil de Valencia, <https://www.ate-neovalencia.es/el-padre-jofre-fundo-en-valencia-el-primer-hospital-psiquiatrico-de-occidente-en-1409/>
3. Campos R. *Higiene mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900-1931)*. Documentos de Psiquiatría Comunitaria 1995; 7:199-217.
4. López Albo, Wenceslao. *Revistaaen.es*. <https://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15713/15572>
5. Olabarria, B; López Beneyto M. *La Reforma Psiquiátrica en España hacia la salud mental comunitaria. Los años 70 y 80: dos décadas claves. Conversaciones con protagonistas*. Xoroi Ediciones. 2022.
6. Decreto dictando reglas relativas a la asistencia a enfermos psíquicos. *Gaceta de Madrid*, 7 de julio de 1931. <https://www.boe.es/gazeta/dias/1931/07/07/pdfs/GMD-1931-188.pdf>
7. González de Chávez M (coord.). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid. Mayoría, 1980.
8. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=278>

9. Constitución Española 1978 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
10. Ley General de Sanidad 1986 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
11. González Zapico, Nel. Salud Mental España pide derogar un artículo de la ley de enjuiciamiento por atentar contra los derechos humanos. 18/9/2024 <https://sid-inico.usal.es/noticias/salud-mental-espana-pide-derogar-un-articulo-de-la-ley-de-enjuiciamiento-por-atentar-contra-los-ddhh/>
12. Salud Mental España contra la reforma del Código Penal. <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/retirada-prorroga-indefinida-centros-penitenciarios-personas-cenfermedad-mental/>
13. Salud Mental España y CERMI celebran la paralización del protocolo europeo que pretende obligar a internar personas contra su voluntad. 23/6/2022 <https://consaludmental.org/sala-prensa/celebran-paralizacion-protocolo-europeo-internar/>
14. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
15. Ley 8/2021 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>
16. Ley 6/2022 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-5140>
17. Ley de Cohesión y Calidad <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
18. RD 1030/2006 de cartera de servicios del SNS. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
19. Ley de autonomía del paciente <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
20. Ley de dependencia <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
21. Estrategia en Salud mental del SNS 2006. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
22. Declaración de Helsinki. <https://consaludmental.org/publicaciones/DeclaracionHelsinki.pdf>

23. Estadística de Centros de Atención Especializada 2022. Ministerio de Sanidad. Tabla 3.4. Págs 70 y 71
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2022/2022_INFORME_ANUAL_SIAE.pdf
24. Oñorbe M, Lamata F. *Crisis (esta crisis) y Salud (nuestra salud)*. Bubok. Madrid, 2014.
25. Editorial. Manuel Desviat y la contrarreforma psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2008.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000200002
26. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Ministerio de Sanidad
<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm>
27. Fundación sociosanitaria de Castilla-La Mancha. Plan de Actuación 2023.
https://fsclm.com/web/images/stories/documentos/transparencia_y_buen_gobierno/PLANDEACTUACIONFSCLM2023.pdf
28. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. Presupuesto 2024. Atención social especializada a personas con enfermedad mental.
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/gobierno_abierto/2024-presupuesto-libro-13-familia.pdf
29. Headway, a new roadmap in Mental Health, *Headway Mental Health Index 2.0 Report*, 2022. The European House-Ambrosetti.
<https://www.almendron.com/tribuna/wp-content/uploads/2024/08/220927-headway-mental-health-index-2-0-report-1.pdf>
30. Puras, Dainius. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Naciones Unidas. 2 abril 2015 <https://docs.un.org/en/A/HRC/29/33>
31. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2023. INE.
<https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EMH2023.htm>

32. Informes evolución de la prestación farmacéutica SNS, Ministerio Sanidad
<https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/informes/MonograficosPrestacionSNS/home.htm>
33. Laporte, Joan-Ramon. *Crónica de una sociedad intoxicada*. Península, Barcelona, 2024.
34. Barómetro Sanitario, 2024. Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm
35. Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental. Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces Barba de la Universidad Carlos III de Madrid, Confederación Salud Mental España, <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-tratamientos-ingresos-involuntarios-salud-mental/>
36. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023, Ministerio de Sanidad
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
37. Informe Salud Mental y Trabajo. UGT. 2024. https://www.ugt.es/sites/default/files/informes/2024_Informe_Salud_Mental_Trabajo.pdf
38. Eurostat. Tasa de psiquiatras por 100.000 habitantes
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_physcat_____custom_14831545/default/table?lang=en
39. La Salud Mental en España. Instituto de Salud Global Barcelona. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. 2023.
<https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2023/02/2023-Estudio-Salud-Mental-en-Espana.pdf>
40. El orden mundial. Psicólogos 100.000 habitantes
<https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/cuantos-psicologos-hay-en-sistemas-salud-publicos-union-europea/>
41. El empleo de las personas con discapacidad. Últimos datos. INE, 2023.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

42. La situación de la salud mental en España. Confederación Salud Mental España; Fundación Mutua Madrileña. 2023. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental/>
43. Libro Blanco de la Psiquiatría en España. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. 2023 https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf
44. Confederación Salud Mental España. 30 años después de la Reforma Psiquiátrica, Salud Mental España continúa reclamando un mayor compromiso público. 2016
<https://consaludmental.org/notas-de-prensa/30-anos-reforma-psiquiatrica-salud-mental-espana-compromiso-publico/>
45. Barómetro mensual CIS. Abril 2025.
https://www.cis.es/documents/d/cis/es3505mar_a
46. Tizón, Jorge L. *La reforma psiquiátrica. El porvenir de una ilusión*. Herder, Barcelona. 2023.
47. Lamata, Fernando; Olabarriá, Begoña. Propuesta para la atención pública a la salud mental. Infolibre, 2/8/2024
https://www.infolibre.es/opinion/plaza-publica/propuesta-atencion-publica-salud-mental_129_1853081.html
48. Plan de acción de salud mental 2025-2027 Ministerio de Sanidad
https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.6.pdf
49. Sanidad y autonomías acuerdan Plan de Salud Mental. iSanidad.
<https://isanidad.com/326260/sanidad-y-consejerias-acuerdan-el-plan-de-salud-mental-con-39-millones-una-cifra-que-las-comunidades-del-pp-ven-insuficiente/>
50. Proposición de Ley General de Salud Mental. 2024.
https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/B/BOCG-15-B-48-1.PDF
51. Ingresos fiscales en los países de la Unión Europea. Eurostat. 2024
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/gov_10a_main/default/table?lang=en&category=gov.gov_gfs10.gov_10a

INIMPUTABILIDAD Y DISCAPACIDAD PSÍQUICA A LA LUZ DE LA CONVENCIÓN DE NUEVA YORK: ¿MECANISMO DE PROTECCIÓN O CAUSA DE DISCRIMINACIÓN EN EL PROCESO PENAL?

David Mayor Fernández

*Fiscal adscrito a la Unidad de Discapacidad y Mayores
de la Fiscalía General del Estado*

1. LA DISCAPACIDAD Y EL DERECHO A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN DEL INVESTIGADO O ACUSADO EN EL PROCEDIMIENTO PENAL: UNA EXIGENCIA INELUDIBLE EN NUESTRO ORDENAMIENTO MULTINIVEL

La regulación de la inimputabilidad por razón de discapacidad, las medidas de seguridad, las normas procesales relativas a la incapacidad para afrontar un juicio penal o, incluso, el archivo de los procesos penales y la derivación a internamientos civiles de personas a las que se atribuye una conducta delictiva sin haberse culminado su enjuiciamiento penal, han sido tradicionalmente considerados como instituciones jurídicas protectoras de los derechos del investigado o procesado en quien concurre una discapacidad intelectual o psicosocial¹. Estas regulaciones se valoraban como excepciones o flexibiliza-

¹A partir de la propia definición de discapacidad establecida en la CDPD, así como de los criterios e indicadores de la CIF-2001 de la OMS —estándares referenciales en los que se funda el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconoci-

ciones del rigor del *ius puniendi* que, ante la imposibilidad de fundar el reproche penal subjetivo de la conducta, ofrecían soluciones formalmente no represivas ni punitivas sino orientadas a un tratamiento rehabilitador o reeducador y, de ser preciso, a una contención de la peligrosidad en un entorno sanitario de supuesta menor severidad que el régimen y tratamiento penitenciario.

En la actualidad, sin embargo, esta aparente naturaleza benefactora del tratamiento penal clásico de la discapacidad intelectual y psicosocial en la persona investigada o procesada está siendo fuertemente cuestionada, desde una perspectiva de derechos humanos. Así, se desprende, entre otros informes, de los pronunciamientos del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas².

miento, declaración y calificación del grado de discapacidad— partimos de un concepto de discapacidad referido a las restricciones a la actividad y participación de la persona originadas en la confluencia de las barreras de su entorno con las limitaciones existentes, en el caso de la discapacidad intelectual, en su funcionamiento intelectual y en su conducta adaptativa u otros trastornos psicológicos, de comportamiento y emocionales originados en las etapas de desarrollo, es decir, infancia y adolescencia. Respecto de la discapacidad mental o psicosocial, el mismo concepto referido a las barreras ambientales y contextuales —de las que la OMS destaca los factores sociales negativos relativos al estigma y la exclusión de la enfermedad mental— que se producen en la interacción del contexto social de la persona con determinados trastornos mentales orgánicos y otros trastornos mentales y del comportamiento.

² La relevancia para la efectividad de los derechos de las personas con discapacidad de estas cuestiones relativas a la legislación penal se refleja en la preocupación suscitada en los trabajos del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de NNUU, no solo a la hora de analizar los informes relativos a la situación en Estados parte en concreto, sino en sus pronunciamientos de carácter más general, de entre los que cabe destacar las *Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad, de conformidad con el artículo 14 de la Convención* en las cuales ha apreciado que «las declaraciones de incapacidad para comparecer ante los tribunales y de inimputabilidad en los sistemas de justicia penal, así como la reclusión de personas con discapacidad sobre la base de tales declaraciones, contravienen el artículo 14 de la Convención porque privan a la persona de su derecho a las debidas garantías procesales y las salvaguardias aplicables a todo acusado». El Comité ha instado a los Estados partes «a que retiren este tipo de declaraciones del sistema de justicia penal», y ha recomendado «que se permita a todas las personas con discapacidad que hayan sido acusadas de delitos y permanecen recluidas, sin juicio, en prisiones o instituciones, defenderse de los cargos penales

El carácter multinivel de nuestro sistema de protección de los derechos fundamentales exige que la interpretación de su contenido no solo tenga en cuenta la literalidad de nuestra norma fundamental, sino también los estándares internacionales a los que nos hemos vinculado. Efectivamente, la apertura constitucional a ese ordenamiento multinivel, europeo y global —de conformidad con los artículos 10.2, 93 y 96 de nuestra norma fundamental³— nos lleva a analizar y cuestionar que estos supuestos beneficios no lo sean tanto en su incidencia real en la vida de las personas con discapacidad y en el disfrute de sus derechos.

Desde el plano de los fundamentos teóricos, encontramos que el marco legal vigente sobre la discapacidad en el proceso penal sigue estando fuertemente anclado en un modelo de protección médico o rehabilitador que habría quedado superado tras la entrada en vigor, en 2008, de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD)⁴.

que se les imputan, y que se les proporcionen apoyo y los ajustes necesarios para facilitar su participación efectiva, así como ajustes procesales para garantizar un juicio imparcial y las debidas garantías procesales». Así mismo, «ha considerado las medidas de seguridad impuestas a personas que son declaradas inimputables por enajenación mental o incapacidad», y ha recomendado «la eliminación de estas medidas, incluidas las que entrañan un tratamiento médico y psiquiátrico forzoso en institución (...)» expresando «su preocupación por las medidas de seguridad que conlleven la privación de libertad indefinida y la ausencia de garantías regulares en el sistema de justicia penal».

³ Acerca de la relevancia jurídica-constitucional de esta apertura constitucional y de la inclusión de la mención explícita a la DUDHH en la CE, véase GÓMEZ CUENCA, P., «La incidencia del derecho internacional de los derechos humanos en el derecho interno: la interpretación del artículo 10.2 de la Constitución Española», *Revista de Estudios Jurídicos de la Universidad de Jaén* (segunda época), n.º 12, 2012, pp. 1-24 y SAIZ ARNÁIZ, A., *La apertura constitucional al derecho internacional y europeo de los derechos humanos: el artículo 10.2 de la Constitución española*, CGPJ, Madrid, 1999, p. 132.

⁴ Sin perjuicio de que el modelo social se ha considerado como la esencia del impulso de la iniciativa y de los trabajos desarrollados en el ámbito de NN.UU. que alumbraron la CDPD, el modelo finalmente resultante podía considerarse una superación o perfeccionamiento de aquel, habiendo sido calificado como modelo o paradigma social de los derechos humanos. Su caracterización podría concretarse en los siguientes aspectos: la aportación de principios o valores fundamentales

Entonces, tras la transformación del derecho de la discapacidad que supuso la CDPD, cabe preguntarse si estas instituciones y especialidades en el ámbito penal verdaderamente constituyen formas de protección de las personas con discapacidad y de sus derechos o si, por el contrario, pudieran constituir en alguna medida causa de discriminación. Así sería si concluyésemos que suponen injustificadas limitaciones al ejercicio de los derechos o restricciones más gravosas que las impuestas a una persona en la que no se valore la concurrencia de la discapacidad como penalmente relevante.

Como es sabido, la CDPD supuso un cambio radical de paradigma en el abordaje jurídico de la discapacidad al resituar totalmente la posición de la persona con discapacidad en el ordenamiento jurídico. Desde la anterior consideración de la persona con discapacidad como objeto de protección, tratamiento y rehabilitación se pasa a un nuevo enfoque, basado en los derechos humanos. En virtud del mismo las personas con discapacidad son plenamente reconocidas como sujetos titulares de todos los derechos, sin excepción, en condiciones de igualdad respecto de los demás mediante la interdicción de toda discriminación.

A partir de la constatación de las limitaciones y restricciones a la participación que, como auténticas barreras en el ejercicio de los derechos, generan los entornos ambientales de las personas con discapacidad, la CDPD, junto con la especificación de todos los derechos humanos en relación con las personas con discapacidad, también establece una serie de derechos instrumentales. Se trata de derechos nuevos y específicos de las personas con

a las políticas de discapacidad; la suma, a la interdicción de la discriminación en el ejercicio de derechos civiles y políticos, del pleno reconocimiento en igualdad de los derechos económicos y sociales; la integración de la realidad de las deficiencias como elemento propio de la diversidad humana; la promoción de la identidad positiva de la persona con discapacidad y su emancipación; la conciliación de las políticas de prevención con las de promoción de los derechos humanos y, finalmente, el abordaje de la relación entre discapacidad y exclusión económica y social. DEGENER, T., «Disability in a human rights context», *Laws*, n.º 5, 2016, pp. 1-24

discapacidad, establecidos como garantía de los demás derechos. Es el caso del derecho a los apoyos al ejercicio de la capacidad jurídica o del derecho a los ajustes razonables. Estos ajustes razonables, respecto del derecho de acceso a la justicia se convierten en ajustes necesarios, irrenunciables, en cuanto que el pleno acceso a la justicia es garantía imprescindible de los restantes derechos humanos. La denegación de los apoyos y de los ajustes y adaptaciones de los procedimientos, así como cualquier restricción de derechos fundada en la discapacidad, en cuanto genera desigualdad, constituye discriminación⁵.

En nuestro ordenamiento jurídico se han producido ya importantes reformas legales para alcanzar consistencia con los principios y mandatos de la CDPD en amplios sectores del ordenamiento jurídico. Entre otras, cabe destacar las reformas en materia de apoyos al ejercicio de la capacidad jurídica, la ley electoral, la nueva regulación en materia de igualdad y no discriminación o la regulación de los ajustes y adaptaciones de los procedimientos en las leyes procesales civiles⁶.

Sin embargo, en mucha menor medida se han reformado las leyes penales, sustantivas y procesales⁷, de modo que, a día de hoy, la reforma del Código

⁵ Esta consideración de la denegación de los ajustes razonables como causa de discriminación directa establecida en el artículo 2 CDPD ha sido desarrollada además en nuestra legislación interna en el artículo 4.1 de la ley 15/2022, de 12 de julio, *integral para la igualdad de trato y la no discriminación*.

⁶ La Ley 8/2021, de 2 de junio, *por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica* estableció el nuevo sistema de apoyos e introdujo, en el artículo 7 bis LEC, los ajustes y adaptaciones de los procedimientos judiciales, incluida la figura del facilitador procesal, que posteriormente se extenderían al proceso penal respecto del ofendido o perjudicado, con su inclusión en el artículo 109 LEcrim en virtud de lo dispuesto en el Real Decreto Ley 6/20023, de 19 de diciembre.

⁷ La reforma más relevante del CP 1995 para darle consistencia respecto de la CDPD fue la operada por LO 1/2015, que introdujo en el artículo 25 los conceptos de persona con discapacidad y personas con discapacidad necesitada de especial protección, así como menciones a esta última como circunstancia de agravación en diversos tipos penales. La referida reforma —y las sucesivas

Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal respecto del investigado y procesado con discapacidad constituyen una de las asignaturas pendientes más acuciantes para terminar de cumplir con los mandatos que la CDPD nos exige.

A la hora de analizar si la inimputabilidad penal, la falta de capacidad procesal o las medidas de seguridad penales son causa de protección o de discriminación de las personas con discapacidad intelectual debemos fijar, a estos efectos, qué entendemos por discriminación y qué entendemos por protección.

Más allá de los estándares internacionales antecedentes⁸, la CDPD, además de establecer la no discriminación como uno de sus principios (artículo 3 b), como obligación de los Estados en relación con asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos y libertades de las personas con discapacidad (artículo 4) y como elemento esencial del principio de igualdad ante la ley (artículo 5), en su artículo 2 concreta una definición específica al configurarla como «*(...) cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos polí-*

en relación con la declaración en juicio de la víctima con discapacidad y la prueba preconstituida– por tanto, tuvieron por objeto la perspectiva de la víctima con discapacidad y su estatuto como tal —Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito— pero no abordaron la discapacidad en el sujeto activo de la infracción penal. Similar situación encontramos en la LE-Crim, respecto de la cual la LO 5/2015 introdujo una sucinta consideración de la discapacidad en la regulación de los derechos del detenido y del ejercicio del derecho de defensa, a todas luces insuficiente y sobre la cual apenas se ha profundizado posteriormente.

⁸ La DUDHH establece en su artículo 7 que «*todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación*». A su vez, el artículo 26 del PIDCP establece que «*todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social*

tico, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables».

De este concepto de discriminación convencional cabe destacar, de una parte, que podría suceder en discriminación toda medida legal o judicial que tenga como consecuencia —aun cuando este no fuera su propósito— la obstaculización o inefficacia del reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de la persona con discapacidad en igualdad de condiciones que los demás. De otra parte, que la denegación de ajustes razonables —o simplemente necesarios, en el ámbito de la justicia, como se señaló más arriba— es una forma específica de discriminación de las personas con discapacidad. En consecuencia, la denegación, activa o pasiva, de los ajustes necesarios respecto del derecho de acceso a la justicia, sería discriminatoria⁹.

En cuanto a la idea de *protección*, más allá de su acepción común¹⁰ debemos de tener en consideración que, a la luz de la CDPD, no cabe interpretarla como la preservación de un interés superior de la persona con discapacidad —visión de su tratamiento jurídico rechazada por el espíritu y paradigma convencional— sino referida a la salvaguarda del ejercicio de sus derechos y de su capacidad jurídica, por sí misma o con los apoyos que precise, conforme a su voluntad, mediante una eficaz interdicción frente a cualquier clase de discriminación, influencia indebida o abuso.

Por último, en este apartado introductorio cabe destacar que, además del derecho a la igualdad y no discriminación recogido en el artículo 5 CDPD —en relación con el cual se desarrollará principalmente este análisis— al régi-

⁹ La Observación general 6 (2018) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de NN. UU. indica que los «ajustes de procedimiento», en el contexto del acceso a la justicia, no deben confundirse con los ajustes razonables; estos últimos están limitados por el concepto de desproporcionalidad, mientras que los ajustes de procedimiento no lo están.

¹⁰ Conforme a la definición de la RAE proteger es, entre otras acepciones, resguardar a una persona de un perjuicio o peligro.

men jurídico-penal de la discapacidad concurrente en el investigado o procedido le son aplicables muchos otros preceptos convencionales, entre los que cabe destacar —además de los ya referidos derechos al reconocimiento de la plena capacidad jurídica y apoyos (artículo 12) y acceso a la justicia (artículo 13)—, el derecho a la libertad y seguridad de la persona (artículo 14), la prohibición de la tortura y tratos inhumanos o degradantes (artículo 15), el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (artículo 19) o, incluso, en relación con la discapacidad psicosocial, el derecho a la salud (artículo 25).

2. LA INIMPUTABILIDAD EN EL CP 1995, ¿INNECESARIA VINCULACIÓN, DISCRIMINATORIA CON LA DISCAPACIDAD?

Queda fuera de las posibilidades de este trabajo abordar en profundidad el origen y evolución del concepto de inimputabilidad en la Teoría General del Derecho Penal. No obstante, podemos convenir a los efectos de este estudio que la inimputabilidad surge como un subelemento del concepto material del delito desarrollado como parte de la Teoría General del Delito en la dogmática jurídico penal alemana durante la primera mitad del siglo XX¹¹.

Así, a la definición de delito como acción típica, antijurídica, culpable y punible se le añade, —como presupuesto de la culpabilidad— la imputabilidad, a partir de la consideración de que solo puede ser reprochada como culpable la persona capaz de actuar —o dejar de actuar— en virtud de una decisión libre. Esta decisión libre requiere, como condición de posibilidad, un funcionamiento bastante de las facultades cognitivas y ejecutivas necesarias para conformar un proceso de toma de decisiones válido. Solo la constatación de dicho estado de conciencia, cognición y libre decisión puede fundar la atribución de la conducta delictiva a la persona, como resultado de dicha voluntad

¹¹ LANDECHO VELASCO, C. M. & MOLINA BLÁZQUEZ, C., *El concepto jurídico del delito en Derecho Español. Parte General*, pp. 171-186. Editorial Tecnos, Madrid, 1996.

libre y consciente y, en su caso, culpable, en alguno de sus posibles grados: imprudencia, dolo eventual y dolo directo.

De este modo, en su formulación tradicional, la construcción teórica de la inimputabilidad mantiene que dicho presupuesto —la referida capacidad de conocer y de decidir libremente— puede no concurrir bajo determinadas circunstancias —consumo de sustancias— o en algunas personas por causa de ciertas deficiencias o enfermedades. De este modo se anudan deficiencias o enfermedades, por vía de generalización o abstracción —de forma similar a la construcción de la teoría de la incapacidad jurídica civil— a una suerte de incapacidad jurídico-penal o incapacidad para ser reprochado como culpable de conductas delictivas.

El cruce de la línea que llevaría esta construcción teórica a terrenos de sesgo discriminatorio se podría producir cuando esta incapacidad jurídico-penal se vincula directa y automáticamente a la discapacidad a partir de un diagnóstico o valoración que lleve a presumir que la persona carece de las aptitudes precisas para ser dueña de sus decisiones, sin analizar sus circunstancias y las del hecho en el encuadre espaciotemporal en el que realmente se produjo. Se trata de un pernicioso automatismo que, al menos respecto de los trastornos mentales, ha venido rechazando en muchas ocasiones nuestra jurisprudencia.

Para comprender este riesgo de discriminación —que la experiencia demuestra que se materializa frecuentemente en la práctica—, debemos tener en cuenta el contexto en el que se originó esta construcción teórica: la concepción clásica del delito se construye en el marco del positivismo científico que tiene como ideal abordar todas las cuestiones jurídicas con la sola ayuda de los conceptos jurídicos y con exclusión de valoraciones filosóficas, psicológicas o sociológicas¹².

¹² LANDECHO VELASCO. C. M. & MOLINA BLÁZQUEZ, C., *op. cit.*, p. 177.

Esto conduce a una construcción del concepto de culpabilidad que pudiera ser en cierta medida artificiosa, por resultar ajena a la realidad psicológica del sujeto, ya que la culpa y su posibilidad, como proceso psicológico, parecen producirse de forma mucho más compleja que la que se pretende simplificar con la distinción teórica-jurídica entre imputabilidad y culpabilidad. Efectivamente, a la par que, en el ámbito del derecho privado, el constructo jurídico de la incapacidad civil simplificó y dio seguridad jurídica al tratamiento legal de las obligaciones y responsabilidades civiles de las personas entonces consideradas como civilmente *incapaces*, el concepto de inimputabilidad permitió simplificar la indagación del elemento subjetivo en los casos en los concurren las causas de incapacidad penal en la ley tipificadas. No es infrecuente encontrar en doctrina y en alguna jurisprudencia, no muy lejana en el tiempo, generalizaciones sobre el grado de imputabilidad que cabe atribuir a determinados grados de discapacidad o diagnósticos¹³.

Es decir, esta construcción teórica tiene el riesgo —derivado de la tentación de su aplicación generalizada por su utilidad práctica—, de simplificar el análisis subjetivo de la conducta del sujeto, ya que mediante la abstracción a partir de la etiqueta de una determinada discapacidad o diagnóstico se podría caer en el atajo de zanjar de plano, en su inicio, el análisis del caso, mediante la conclusión de que el sujeto no sería capaz de ser culpable y, en consecuencia, el hecho delictivo no le resultaría imputable. Además de la discriminación por la diferencia de trato legal y procesal respecto del sujeto imputable, debemos anticipar que habrá consecuencias adicionales posiblemente también discriminatorias que se podrían derivar de la aplicación de medidas de seguridad o internamientos civiles que no son necesariamente más beneficiosos que las penas. Adicionalmente, si a la inimputabilidad sustantiva se le añade una va-

¹³ LUZÓN CUESTA, J. M., *Compendio de Derecho Penal. Parte General*, pp. 132-139. Editorial Dykinson, Madrid, 2003.

loración de incapacidad procesal y un cierre del caso sin enjuiciamiento, se van a producir mermas de otros derechos que incrementarán ese trato discriminatorio.

Por tanto, la distinción legal entre sujetos imputables y sujetos inimputables por razón de discapacidad sería, en consecuencia, discriminatoria, en relación con el derecho a la igualdad ante la ley, si la norma o su aplicación anudase la inimputabilidad directamente a la discapacidad. Desde la experiencia práctica se constata fácilmente que esa vinculación teórica entre discapacidad e inimputabilidad no se sostiene en la práctica. Cuando la inimputabilidad se anuda de forma generalizada, próxima al automatismo, a un determinado diagnóstico o deficiencia, provoca el colapso del proceso de indagación y valoración, particularmente cuando se da por acreditada una inimputabilidad intrínsecamente unida a la discapacidad de la persona y no se analiza el proceso psicológico efectivamente producido en el caso concreto.

La mera concurrencia de la discapacidad o la constatación de una deficiencia intelectual o de un trastorno mental no despeja la incógnita de si, en el caso concreto, el sospechoso al que se atribuye el delito actuó con conocimiento y voluntad. Debe remarcarse que el modelo de la discapacidad derivado de la CDPD requiere valorar el estado de la persona en el momento de producirse los hechos más allá de la valoración de la deficiencia o diagnóstico preexistente o posteriormente determinada. Igualmente, los factores personales, contextuales y ambientales, serán de gran relevancia a la hora de escudriñar el alcance cognitivo y las aptitudes deliberativas, valorativas y adaptativas de la persona en un concreto contexto espacial, social y temporal y respecto de una conducta determinada.

Descendiendo a la literalidad de nuestra legislación, llama la atención que el CP 1995 apenas utilice explícitamente el término inimputabilidad —tan solo una referencia indirecta en el artículo 118.1.^º CP—. No obstante, tanto la doctrina como la jurisprudencia vienen aplicando de forma pacífica como causas

de inimputabilidad las circunstancias legalmente definidas como eximentes de responsabilidad criminal reguladas en los artículos 20. 1.^º, 2.^º y 3.^º CP¹⁴.

Es cierto que en la regulación de la primera —*anomalía o alteración psíquica*— la propia norma huye del automatismo y exige que concurra «*al tiempo de cometer la infracción*» y que haya determinado, respecto de la conducta concreta, que la persona «*no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión*», con una referencia específica al «*trastorno mental transitorio*». En cambio, respecto de la tercera —«*alteraciones de la percepción desde el nacimiento o desde la infancia*»— el precepto se limita a señalar que se exigirá para su aplicación que supongan como consecuencia —genérica—, «*tener alterada gravemente la conciencia de la realidad*». Por lo tanto, en la regulación de esta tercera eximente ya se diluyen las referencias a la situación concreta y estado cognitivo de la persona en el momento de producirse los hechos, así como a los factores contextuales y ambientales que se hubieran podido dar.

Una buena práctica en la interpretación y aplicación de estos preceptos llevaría a recabar —siempre— informes forenses integrales, actualizados y específicos para el caso que se investiga o enjuicia. Estos informes, sin desconocer las valoraciones y diagnósticos previos que pudieran existir, deben centrar su objeto en la valoración del estado de la persona al tiempo de cometer la infracción y de su contexto personal y ambiental para una adecuada delimitación de su condición y aptitudes para desarrollar un proceso cognitivo y de toma de decisiones libre y consciente en relación con la concreta conducta atribuida objeto del caso.

¹⁴ La regulada en el ordinal segundo del artículo 20 —consumo de sustancias tóxicas—, no tendría relevancia directa respecto de situaciones de discapacidad, salvo el último inciso relativo al «síndrome de abstinencia» cuando tiene la naturaleza de trastorno de conducta crónico, muchas veces asociado a otras circunstancias que pueden caer dentro del ámbito de la discapacidad mental dando lugar a los complejos casos tradicionalmente referidos como de «patología dual», volviendo aquí el CP a resituar la valoración normativa en términos más próximos a una consideración del caso concreto.

Desafortunadamente, la introducción en el referido precepto de las etiquetas mencionadas da pie a que tanto la doctrina como la práctica forense y judicial, en ocasiones, puedan incurrir en el riesgo de dejarse arrastrar por el mayor peso de una valoración genérica de las aptitudes promedio del perfil en el que se incluye el etiquetado de diagnóstico o valoración y dar menor relevancia a la situación de hecho que efectivamente pudo concurrir en el momento de producirse la conducta enjuiciada.

Llegados a este punto de la reflexión, cabe preguntarse, ¿es necesario que el CP contemple causas concretas de afectación psicológica determinantes de la referida posibilidad de imputación del hecho delictivo? ¿Podría regularse la inimputabilidad de forma neutra en relación con la discapacidad?

La experiencia —y el propio derecho penal así lo ha reconocido al contemplarlo también a través de otras causas de justificación excluyentes de la anijuridicidad— demuestra que la realización por parte del ser humano de conductas motivadas en una apreciación, conocimiento y conciencia de la realidad circundante erróneos o distorsionados, o ejecutadas sin que respondan a una voluntad libre y consciente, no son exclusivas de la discapacidad intelectual o psicosocial.

En consecuencia, parece aconsejable, como alternativa a la regulación actual, explorar vías de descripción de las causas de exención de la responsabilidad criminal que las definan de forma neutra, sin referencia a la discapacidad, a partir de las diversas propuestas que en tal sentido ya se han formulado desde la doctrina¹⁵.

¹⁵ Mercurio, E. (2023). «¿Hacia dónde va la inimputabilidad? Entre las neurociencias y el modelo social de la discapacidad», *Revista de derecho (Valdivia)*, 36(1), 285-306.

3. LA APTITUD PARA COMPARRECER EN JUICIO Y EJERCITAR EL DERECHO DE DEFENSA FRENTE A LA EXIGENCIA DE UNA DETERMINADA CAPACIDAD PROCESAL

A la apreciación de la inimputabilidad durante la instrucción de la causa, en ocasiones se le une la valoración de la incapacidad para declarar o para comparecer en juicio. En la práctica, esta incapacidad procesal puede conducir a una resolución de archivo del procedimiento. Si bien ese archivo se acuerda, formalmente, a la espera de una ulterior recuperación que permita continuar el procedimiento, en muchos casos supone su paralización *sine die*, sin llegar nunca a su definitivo enjuiciamiento.

Entre tanto, si el hecho revista gravedad, la persona con discapacidad acusada o procesada es frecuentemente reconducida a un itinerario de internamientos civiles. Esta derivación, aunque en su fundamento explícito referirá la necesidad de tratamiento para su salud, tendrá en muchos casos, como causa subyacente, una clara motivación de enervar la alarma social relativa a la peligrosidad criminal derivada de un hecho que, paradójicamente, ni ha sido enjuiciado ni probablemente se enjuicie nunca.

Es este un escenario que adolece de una regulación procesal debidamente actualizada. Así se analizaba en la Memoria de la FGE del año 2017¹⁶, en la que se destacaban las dificultades para aplicar —tanto al supuesto explícitamente regulado como para extrapolarlo a otros supuestos— el artículo 383 LECrim. Este precepto ordena el archivo de la causa en fase de instrucción como desenlace procesal ante la constatación de demencia en el investigado, sobrevenida tras la comisión del hecho delictivo. Es un artículo que aún mantiene su redacción original de 1882, lo cual resulta claro indicador de su desfase sistemático.

¹⁶ *Memoria de la Fiscalía General del Estado*, año 2017, capítulo VI, https://www.fiscal.es/memorias/memoria2018/FISCALIA_SITE/recursos/pdf/capitulo_VI/cap_VI_2.pdf

En realidad, este artículo tampoco regula la solución procesal al supuesto de demencia ya concurrente en el momento de realización de la conducta delictiva. Si bien el artículo 637.3.^º LECrim prevé el sobreseimiento libre de quienes aparezcan exentos de responsabilidad criminal como una de las posibles resoluciones de finalización de la fase intermedia del procedimiento ordinario, tal opción ha sido ampliamente considerada como tácitamente derogada respecto de los supuestos de inimputabilidad a partir de la regulación postconstitucional de las medidas de seguridad. Así parece desprenderse, con bastante claridad, de una interpretación sistemática de la regulación contenida en el CP y LECrim, ya que ambos textos consideran que las consecuencias de la exención de responsabilidad criminal por causa de inimputabilidad —las medidas de seguridad— deben concretarse en una sentencia tras la celebración del juicio. Así lo ordena explícitamente el artículo 782.1 LECrim en el ámbito del procedimiento abreviado.

En torno a esta cuestión se mantiene un vivo debate en la doctrina, reflejado también en la jurisprudencia, en el cual, en síntesis, podemos distinguir dos posturas:

De una parte, quienes mantienen que el respeto al derecho de defensa, con consideración especial de su regulación en el artículo 6 del CEDH, proscribe totalmente la posibilidad de enjuiciar penalmente a quién no está en condiciones de comparecer personalmente en el proceso. Desde esta posición los procedimientos, en ambos escenarios —tanto los supuestos de incapacidad procesal por discapacidad concurrente en el momento de la comisión del hecho como los casos en los que dicha incapacidad procesal sobrevenga posteriormente—, deberían ser archivados, bien a resultas de una mejoría, bien sine die hasta su prescripción. La respuesta desde el ámbito de la Administración de Justicia se reconduciría exclusivamente a la que proceda conforme a la regulación de los internamientos involuntarios y de los apoyos a la capacidad jurídica en la legislación civil.

De otra parte, quienes defienden —con idéntico fundamento en el derecho a un juicio justo garantizado en el referido artículo 6 del Convenio de Roma— que el enjuiciamiento definitivo de la causa no solo resulta en interés de la justicia sino también del propio procesado y de su derecho de defensa. De otra manera su presunción de inocencia quedaría definitivamente empañada sin haber tenido un juicio justo. Desde esta segunda postura se mantiene que no puede ignorarse que las medidas civiles, particularmente los eventuales internamientos —que en casos graves derivan en una institucionalización de por vida—, se mantendrán sin solución de continuidad por razón de la sombra o estigma que proyecta la atribución a la persona de una conducta delictiva grave, la cual condicionará su curso vital posterior sin que ni tan siquiera la realidad objetiva de la conducta, aun sin reproche de culpabilidad, haya sido discutida y valorada ante un tribunal en un proceso específico con tal objeto y con todas las garantías.

Nuestro Tribunal Supremo ha oscilado entre ambos polos del debate en una rica e interesante contraposición de razonados argumentos que recopila de forma muy didáctica la STS 844/2017, de 21 de diciembre. Como resoluciones de referencia que se decantan por la primera opción —el archivo sin juicio—, cabe citar la STS 1033/2010, de 24 de noviembre y, anteriormente, las SSTS 669/2006, de 14 de julio y 2265/93, de 2 de abril.

Por el contrario, como paradigma de las resoluciones que han optado por la segunda opción —el enjuiciamiento—, destaca la STS 971/2004, de 23 de julio que incluye referencia a los razonamientos recogidos en voto particular emitido respecto de la ya citada STS 2265/93, de 2 de abril, cuya lectura resulta muy esclarecedora respecto de los términos de la discusión doctrinal. Para una solución definitiva de la cuestión debiera partirse de la necesidad de cumplir con los nuevos estándares de salvaguarda de los derechos humanos que, en relación con las medidas de seguridad penales y los internamientos civiles, se nos vienen exigiendo actualmente desde el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad de NN. UU., de una parte, y el TEDH, por otra.

Siguiendo esa línea, veamos como la perspectiva de interpretación legal conforme con la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad establecida en la CDPD y de la jurisprudencia del TEDH arroja luz sobre nuevos ángulos.

Por una parte, podría sugerirse el abandono de la terminología relativa a la *incapacidad* procesal por resultar innecesaria, estigmatizante y vinculada al modelo de tratamiento jurídico de la discapacidad ya superado. En su lugar, podría considerarse mucho más idóneo hablar de aptitud / inaptitud para alegar o comparecer en juicio (*fitness /unfitness to plead*, en derecho anglosajón, el cual ofrece interesantes vías de solución al problema planteado).

Desde esta perspectiva, podemos aproximar una definición de la *aptitud para comparecer en juicio* como aquella que se requiere de la persona a fin de asegurar que se encuentra en condiciones de declarar o formular alegaciones, comprender la naturaleza y desarrollo del proceso y sus consecuencias, desplegar una verdadera defensa, entender la naturaleza y significado de la acusación y de las pruebas presentadas contra él, así como contradecir o no dicha acusación y evidencias en la forma en que a su derecho convenga. Así definida la aptitud para comparecer en juicio, encontramos que, efectivamente, la discapacidad intelectual y psicosocial puede determinar limitaciones y restricciones en relación con la misma.

Sin embargo —de conformidad con lo establecido en los artículos 12 (igual capacidad jurídica y derecho a los apoyos) y artículo 13 (acceso a la justicia) de la CDPD— el primer abordaje de la cuestión, obligado para la Administración de Justicia, debiera ser la provisión de los apoyos y la realización de los ajustes y adaptaciones del procedimiento que sean necesarios —incluido, si se precisa, la asistencia de un facilitador profesional—¹⁷. De este modo, en

¹⁷Aun cuando los ajustes y adaptaciones de los procedimientos y el facilitador no están todavía explícitamente reconocidos para el investigado o acusado en el proceso penal en los mismos tér-

muchos casos se lograría restituir a la persona con discapacidad en una posición que le permitiría afrontar el juicio y su defensa en condiciones de igualdad respecto de cualquier otra persona investigada o acusada.

Es decir, con carácter previo a concluir una situación de inaptitud para comparecer en juicio deben analizarse y agotarse todas las opciones posibles de realización de ajustes de procedimiento y de provisión de apoyos que puedan facilitar de forma efectiva el ejercicio del derecho de defensa. Cabe exigir de los poderes públicos —en este caso, en el ámbito de la Administración de Justicia, de los jueces, fiscales, letrados y sus oficinas— una actitud proactiva derivada de una obligación positiva en relación con estos ajustes. Esa obligación positiva de actuar incluye tanto la detección de la discapacidad como la adecuada evaluación de los ajustes, adaptaciones y apoyos necesarios y su efectiva puesta a disposición, provisión e implementación durante todo el procedimiento¹⁸.

Por otra parte, también deberíamos considerar vías de solución para aquellos casos límite en los que la gravedad de la afectación de las aptitudes para comparecer en juicio sea tal que no sea posible articular unas condiciones idóneas para ejercer su defensa ni aun con la realización de ajustes, adaptaciones o apoyos. En el ámbito del proceso civil una situación de ausencia total de la voluntad de la persona permite admitir, excepcionalmente, una defensa judicial representativa como medida de apoyo de la persona con discapacidad.

minos que se reconocen en la legislación civil —artículo 7 bis LEC—, podemos concluir que le son igualmente aplicables por tener la LEC carácter de legislación procesal supletoria, de conformidad con lo dispuesto en su artículo 4. Además, son una exigencia de una interpretación de los derechos fundamentales conforme con los estándares internacionales —CDPD y CEDH— a los que se remite el artículo 10.2 CE.

¹⁸ En este sentido cabe destacar el reciente dictamen 69/2019 de 24 de septiembre de 2024 del Comité de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que, si bien se refiere al estado de nuestra legislación anterior a las reformas procesales de 2021, sigue siendo de aplicación como guía práctica de obligada consideración, en tanto no se completen las reformas pendientes del proceso penal.

Sin embargo, en el ámbito del proceso penal esta fórmula presenta dificultades importantes ya que el derecho de defensa y, en particular, su faceta de confrontar un reproche penal de culpabilidad resulta un acto casi personalísimo que debe ejercer la persona por sí misma, sin perjuicio de la asistencia letrada y de los apoyos que pudieran asistirle.

De regreso a nuestra legislación, constatamos que la opción legal del archivo sin juicio antes mencionada resulta mucho más difícil de eludir ante una imposibilidad total de que la persona comparezca en juicio de forma mínimamente consciente. No obstante, el archivo sin juicio sigue presentando graves inconvenientes, también para la integridad de los derechos de la persona investigada o procesada.

Para intentar dar claridad al cuadro descrito podemos seguir dirigiendo la mirada al derecho anglosajón. Allí se produjo este mismo debate entre el archivo sin juicio o el enjuiciamiento del hecho y, finalmente, se abordó en una reforma de su legislación procesal en 1991¹⁹ cuyo detonante es muy ilustrativo: el caso de una mujer con discapacidad psicosocial a la que se atribuyó un grave delito que ella misma manifestó haber cometido y respecto del cual nunca fue juzgada por considerarla *unfitness to plead*, a pesar de lo cual fue privada de libertad, descubriendose posteriormente que ella no era verdaderamente quien había cometido el crimen.

Sirva el ejemplo —real, no hipotético—, para ilustrar acerca de que el cierre de la instrucción sin enjuiciamiento puede resultar muy desfavorable para la persona con discapacidad, así como claramente discriminatorio respecto del procedimiento seguido con cualquier otra persona en la que dicha discapacidad no concurre.

¹⁹ Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991.

En contraste con nuestra LECrim, el derecho anglosajón parece afinar mucho mejor su respuesta mediante una regulación consistente con la literalidad del artículo 6 del CEDH y con la jurisprudencia del TEDH que lo ha venido interpretando. Nótese que el TEDH —resulta muy ilustrativa la STEDH de 4 de julio de 2019, asunto 28932/14, Hodzic c. Croacia— viene distinguiendo en las garantías de un juicio justo entre aquellas garantías generales requeridas para todo proceso (artículo 6.1 CEDH) y aquellas otras más intensas exigidas para el proceso penal (artículo 6.2 y 6.3 CEDH).

La fórmula procesal regulada en el Reino Unido contempla dos procedimientos separados de distinta naturaleza. En primer lugar, el procedimiento de naturaleza penal en el que, planteada la cuestión de la inaptitud para comparecer en juicio, en caso de estimarse concurrente, culmina con al archivo de la causa. Pero a continuación, seguidamente, se inicia un segundo procedimiento que no se considera ya de naturaleza penal. Su objeto será circunscrito al *actus reus* —es decir, esclarecer si la persona, objetivamente, realizó u omitió la conducta típica— sin incluir la *mens rea* —el elemento subjetivo, la culpabilidad— y, de resultar acreditado el referido hecho, se adentra también en la valoración de la peligrosidad futura que del referido hecho y de las demás circunstancias del sujeto se pudiera concluir. El procedimiento no conducirá a un reproche penal ni a la imposición de una pena sino a la determinación de una medida que podrá ser de internamiento o de supervisión de otra naturaleza.

Aparentemente es una fórmula similar a nuestro enjuiciamiento con resultado de absolución y subsiguiente imposición de medidas de seguridad. Sin embargo, tiene una diferencia sustancial: la separación clara de los dos procedimientos y la configuración como *no penal* del segundo, lo cual permite continuar con el procedimiento aun en caso de que la persona no tenga la aptitud para comparecer que se requeriría en el primero. Esta solución tiene la ventaja —frente al archivo e internamiento civil que se da en nuestra legislación y práctica— de que la derivación al internamiento, cuando proceda, no

se realiza sin antes haber esclarecido la realidad objetiva de la conducta en un juicio no penal pero dotado de las restantes garantías aplicables a todo proceso para ser considerado un *juicio justo*.

El TEDH ha validado la adecuación de este sistema de doble proceso —penal y no penal—, al confrontarlo con los criterios interpretativos de las garantías de un juicio justo consagradas en el artículo 6 CEDH. Tal y como puede constatarse en diversas resoluciones²⁰, el Tribunal de Estrasburgo admite que este segundo juicio al hecho, sin reproche penal, no tiene la naturaleza propia de un procedimiento criminal y, en consecuencia, cae en el ámbito de aplicación de las garantías generales de los procesos judiciales establecidas en el artículo 6.1 del CEDH y que, por tanto, no le son exigibles las garantías más intensas en cuanto al ejercicio personal del derecho de defensa contempladas en el artículo 6.2 y 3 del mismo Convenio.

De lo expuesto se concluye la conveniencia de explorar alternativas futuras en la legislación española que se inspiren tanto en estos pronunciamientos del TEDH como en el cumplimiento de los mandatos de la CDPD respecto de la garantía del derecho de acceso a la justicia sin discriminación para todas las personas con discapacidad.

4. ¿ES DISCRIMINATORIO NUESTRO ACTUAL SISTEMA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN RELACIÓN CON EL SISTEMA DE PENAS Y EL RÉGIMEN PENITENCIARIO ORDINARIO?

Las características y regulación de nuestro sistema de medidas de seguridad ofrecen también diversos aspectos que podrían redundar en discriminación para las personas con discapacidad.

²⁰ SSTDH de 13 de mayo de 2003, 62960/00, asunto Antoine c. Reino Unido, de 23 de septiembre de 2003, 63356/00, asunto Kerr c. Reino Unido o la más reciente 17 de septiembre de 2013, asunto 32357/09, Juncal c. Reino Unido, de 17 de septiembre de 2013.

En primer lugar, se debe destacar que nuestra legislación es relativamente parca a la hora de definir el doble objeto y finalidad de las medidas de seguridad penales: por una parte —y esto es lo que verdaderamente las caracteriza y diferencia de las medidas puramente civiles— enervar o contener la peligrosidad criminal exteriorizada en la comisión de un hecho delictivo y, de otra parte, ofrecer recursos adecuados para la asistencia, educación, apoyo o, incluso, prestaciones en el ámbito de la salud, vinculadas a la primera finalidad, reducir el referido riesgo de peligrosidad.

Esta falta de precisión legal a la hora de determinar el objeto de las medidas de seguridad —junto con la falta de base legal explícita para la adopción de medidas de forma cautelar— tiene como consecuencia que las personas con discapacidad intelectual o psicosocial a las que se atribuye la comisión de un hecho delictivo grave realicen un peregrinaje de internamientos civiles y penales que en ocasiones adolece de la suficiente fundamentación específica respecto de la necesidad y la finalidad con la que en cada momento se acuerdan. De estas dificultades son exponentes los casos que han dado lugar a estimaciones de amparo frente a privaciones de libertad de personas con discapacidad tanto por parte de nuestro Tribunal Constitucional²¹ como, recientemente, por el TEDH en su sentencia de 6 de febrero de 2025 que resuelve el asunto 38239/22, *M.B. c. Reino de España*.

En ocasiones, esta situación —resultante en una institucionalización de larga duración o, incluso, de por vida, de la persona con discapacidad— responde a la posible combinación de un sesgo estigmatizante —especialmente respecto de la enfermedad mental— con la natural motivación de salvar su responsabilidad profesional por parte de los responsables públicos competentes a la hora de informar o decidir sobre la continuidad de los internamientos, ante la falta de circuitos y recursos adecuados para reconducir estos casos.

²¹ STC 217/2015, de 27 de noviembre.

La discriminación puede encontrarse entonces en el contraste entre la situación del penado condenado a una pena privativa de libertad y la del inimputable al que se le impone la medida de seguridad. El primero cuenta con un horizonte claro de cumplimiento de su pena y de progresión en grado, con un régimen detallado de permisos y beneficios penitenciarios y con un licenciamiento definitivo y cancelación de antecedentes tras el cual —dicho en términos sencillos—, resetea su vida civil recuperando la integridad de sus derechos. En cambio, la persona con discapacidad a la que se le impone una medida de seguridad por un hecho grave enfrenta un tiempo de privación de libertad cuyo horizonte de finalización es mucho más incierto. Además de la discriminación que podría suponer la interpretación de que el tiempo máximo de la medida de seguridad de internamiento podrá ser equivalente al tiempo legal máximo de la pena privativa de libertad en abstracto —lo cual redonda en que, en ocasiones, se imponen medidas de seguridad por un tiempo máximo de cumplimiento muy superior al que se hubiera impuesto como pena en caso de haber sido declarado imputable el sujeto—, debemos considerar también como cercano a la discriminación el hecho de que la falta de desarrollo legal de la ejecución de la medida determina que la liquidación de esta ofrezca solo un tiempo máximo de cumplimiento sin posibilidad de hacer una previsión de progresión hacia la libertad ni del cumplimiento efectivo que finalmente resultará. Finalmente, la persona con discapacidad a la que se le impone una medida de seguridad no encontrará una regulación detallada ni de las condiciones de cumplimiento de la misma ni de sus derechos durante la ejecución de la medida.

En definitiva, la imposición de una o varias penas a una persona considerada imputable está dotada de mayor certidumbre en su regulación y ejecución que el establecimiento de las medidas de seguridad para el inimputable. La ejecución de las medidas de seguridad, especialmente las privativas de libertad, apenas tienen desarrollo normativo, legal y reglamentario.

Esta falta de regulación se pone de manifiesto, entre otros aspectos, en la falta de suficiente indicación legal de la tipología de los centros de cumplimiento de medidas de seguridad, más allá de los psiquiátricos penitenciarios, cuya regulación es también escasa. También en la falta de criterios normativos técnicamente rigurosos en la determinación del tipo de centro o unidad al que debería remitirse cada persona, en relación con lo cual se echan en falta indicadores específicos respecto de las dos finalidades de la medida anteriormente referidas. Así, se aprecia la conveniencia de incluir indicadores objetivos de la necesidad de contención de la peligrosidad criminal suficientemente acreditada, así como de protección, en su caso, de las víctimas.

Especial mención cabe hacer a la falta de desarrollo del contenido de las competencias de las diversas administraciones implicadas que redunda en diversas situaciones que pueden valorarse también como rayanas en la discriminación. Así, la falta de implementación de recursos adecuados por parte de las administraciones de las CC. AA. y la ausencia de una coordinación interterritorial en relación con las funciones de la administración penitenciaria —desdibujadas a partir de la última reforma de la reglamentación específica²²—

²² El derogado Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, atribuía claramente a los servicios sociales penitenciarios las funciones relativas a la realización de «las actuaciones necesarias para hacer efectivo su cumplimiento» (el de cualquier medida), excepto las relativas a los internamientos psiquiátricos penitenciarios a ejecutar directamente conforme lo establecido en los artículos 183 a 191 del Reglamento Penitenciario. En cambio, el ulterior Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, que deroga el anterior, solo concreta dicha competencia de la administración penitenciaria circunscribiéndola a la referida medida de internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria y suprime la referencia a los servicios sociales penitenciarios para la implementación de las restantes medidas. No establece tampoco claramente que estas sea una atribución específica de los nuevos Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas que se crean. Se limita a establecer en el artículo 20, que «las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones públicas competentes por razón de la materia y del territorio». Por tanto, esta regulación parece remitir a la distribución de competencias en las CC. AA. —todas han desarrollado las competencias en materia de salud, discapacidad y dependencia—, sin que hasta la fecha se haya asumido por estas un rol proactivo en la materia, a excepción de aquéllas CC. AA. que tienen transferida también la competencia relativa a instituciones penitenciarias (Cataluña y País Vasco). Esta situación resulta no solo en la falta de recursos adecuados sino incluso en la indeterminación de las entidades públicas que deberían proveerlos

incrementan la incertidumbre respecto de los recursos e itinerarios de cumplimiento, especialmente en relación con las medidas de seguridad de internamiento.

Debe remarcarse que la falta de claridad normativa en cuanto al contenido de las competencias de las administraciones implicadas —y, como consecuencia, la falta de especialización y de medios en los servicios administrativos a los que se termina por requerir desde los Juzgados y Tribunales la puesta a disposición de recursos materiales y personales para el cumplimiento de la medida—, tiene como resultado la derivación de las personas sujetas a medidas de seguridad a los recursos ordinarios prestacionales destinados a personas dependientes o con discapacidad.

En estos supuestos se produce la circunstancia, también discriminatoria, de que, frente a la persona imputable condenada a una pena privativa de libertad que afronta su cumplimiento sin la obligación de abonar cantidad alguna como contraprestación a su sostenimiento y a los servicios prestados por la administración penitenciaria, la persona con discapacidad declarada imputable a la que se impone una medida de seguridad de internamiento no penitenciario cuya ejecución se deriva a un centro psiquiátrico o residencial de la red prestacional afronta en ocasiones el copago de unos servicios de obligado disfrute y que, en muchas ocasiones, rechaza.

Ante esto surge la urgente necesidad de afinar la regulación y su aplicación respecto del fundamento de la medida de seguridad con el fin de evitar su confusión con la derivación a recursos residenciales o prestacionales no estricta-

e igual indefinición en cuanto a los servicios y empleados públicos responsables. Como consecuencia, en muchos territorios se produce una derivación a recursos prestacionales provistos para otras finalidades de atención a la discapacidad y a la dependencia, no perfilados para las necesidades específicas de las medidas de seguridad penales, especialmente en relación con la contención de la peligrosidad criminal y protección de las víctimas.

mente vinculados a dicha finalidad. Es preciso delimitar con clara distinción el régimen aplicable en cada caso y las soluciones tanto en su tramitación administrativa como en la aplicación de recursos disponibles y su eventual repercusión económica en caso de solapamiento con otras finalidades.

Concluyendo en positivo, se aprecia la conveniencia de impulsar, por parte de las administraciones competentes, servicios de cumplimiento de medidas de seguridad dotados de medios personales, recursos materiales e infraestructuras propias y adaptadas a las especificidades de la naturaleza de las medidas de seguridad. Para ello no debe perderse de vista que estas están caracterizadas principalmente por justificarse en la necesidad de enervar el riesgo de peligrosidad criminal que objetivamente haya sido acreditado como fundado en la previa realización de una conducta delictiva y no solo en ofrecer un tratamiento adecuado cuando proceda.

5. LA SEMIIMPUTABILIDAD, ¿UN AGUJERO POR EL QUE PODRÍA DESLIZARSE LA PRESUNCIÓN DE INOCENCIA DE UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD?

La valoración de las eximentes relacionadas con la discapacidad intelectual o psicosocial como incompletas plantea interrogantes adicionales en términos de discriminación en cuanto a la presunción de inocencia y a la carga de la prueba. Acreditada la discapacidad relevante en relación con el reproche de culpabilidad, ¿qué realidad refleja una *semi-imputabilidad*? Tradicionalmente se viene explicando con fórmulas similares a la idea de que frente al *completamente inimputable* que tendría totalmente abolidas las facultades cognitivas y volitivas, el *semi-imputable* las tendría tan solo parcialmente mermadas.

La cuestión que se plantea aquí es si acaso es posible reprochar como culpable la conducta de un sospechoso respecto del cual no podemos afirmar como hecho probado que tuviera plena conciencia y libertad de lo que hacía. Porque en muchas ocasiones detrás de la afirmación de que está acreditado

que *medio conocía o medio decidía* está la realidad de que no podemos acreditar que *plenamente* lo hiciera.

Está cuestión —espinosa donde las haya por contradecir criterios asentados en nuestra jurisprudencia durante décadas, en particular la idea de que las atenuantes y eximentes deben ser probadas por la defensa con la misma claridad con la que el hecho delictivo ha sido probado por la acusación—, ha sido recientemente puesta sobre la mesa de la Sala Segunda del TS. Así, recientes pronunciamientos, del que cabe destacar la STS 291/2024, de 21 de marzo de 2024, dan un giro de ciento ochenta grados a la jurisprudencia anterior al poner en valor el principio de presunción de inocencia respecto de la duda de si concurre o no la circunstancia eximente y situar la carga de la prueba del lado de la acusación cuando los informes técnicos indican la concurrencia de una discapacidad relevante pero no son concluyentes en cuanto a su alcance.

A MODO DE CONCLUSIÓN

No puede dejar de mencionarse una última circunstancia discriminatoria que supone una dolorosa paradoja. Quizás la mayor discriminación de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial en el proceso penal no es la que se deriva de las carencias y defectos del marco regulatorio del abordaje jurídico de la discapacidad una vez que es detectada en el curso del proceso penal. La merma más grave de derechos —que supone, a su vez, el factor más agudo de discriminación— se da respecto de aquellas personas que transitan por el proceso penal hasta su finalización, con la imposición y ejecución en prisión de una pena privativa de libertad, sin que la discapacidad haya sido detectada o considerada hasta su entrada en el mismo centro penitenciario²³.

²³ Hasta un 49,6 % de los presos con discapacidad intelectual llegan a prisión sin que se haya detectado o considerado previamente su condición de persona con discapacidad, según constata el informe del Defensor del Pueblo *Las Personas con Discapacidad intelectual en Prisión*, Madrid, 1919.

La experiencia nos demuestra que, en muchas ocasiones, la discapacidad intelectual y psicosocial se constata y evalúa muy tarde, cuando la persona con discapacidad ya da con su cuerpo sobre el solado de una celda en prisión, bien como preventivo, bien como penado. La elevadísima prevalencia de la enfermedad mental en nuestras prisiones —una cuarta parte de la población reclusa tiene uno o varios diagnósticos psiquiátricos— y el significativo porcentaje de internos con discapacidad psíquica acreditada cumpliendo su condena en un centro penitenciario (2 %)²⁴ ha sido calificado como un auténtico *mapa de la vergüenza*²⁵.

Estas dificultades sistémicas en la detección y evaluación de la discapacidad durante el proceso penal nos han traído un serio reproche por parte del Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad en el reciente dictamen 69/2019 de 24 de septiembre de 2024.

Ante todas estas posibles discriminaciones de las personas con discapacidad en el proceso penal, aquí solo apuntadas, se propone, a modo de test personal, una pregunta sencilla para dar inicio de respuesta al complejo problema a penas planteado en este trabajo: si nosotros, como profesionales del derecho, tuviésemos que afrontar una acusación por delito grave, con opciones de alegar y probar una eximente completa o una falta de aptitud para comparecer en juicio vinculadas a una discapacidad mental ¿qué camino escogeríamos?, ¿preferiríamos ser declarados inimputables y sometidos a una medida de seguridad de internamiento en un centro psiquiátrico penitenciario?, ¿o consideraríamos más beneficioso ser declarados inaptos para afrontar un juicio y derivados a un internamiento psiquiátrico civil sine die? O, finalmente, ¿preferiríamos ser declarados aptos para el juicio, defender nues-

²⁴ Estudio sobre Salud Mental en el medio penitenciario, Subdirección general de Sanidad Penitenciaria, Madrid, 2005.

²⁵ Así lo califica SANTOS URBANEJA, F. en su obra *Manual de discapacidad, Derecho Penal y Penitenciario*, Ed. Sepín, Madrid, 2023.

tra inocencia como personas imputables y, de fracasar, ser declarados culpables y ser condenados a una pena de prisión?

Cuando no fuera posible una absolución con todos los pronunciamientos favorables, la más que probable inclinación que todos tendríamos a preferir la última de las opciones expuestas, por intuirla como la más ventajosa para nuestros derechos a medio y largo plazo, es fiel reflejo de las múltiples fallas en la salvaguarda de los derechos de las personas con discapacidad aún existentes en el marco jurídico e institucional del proceso penal en nuestro sistema legal en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- BROWN, P., Unfitness to plead in England and Wales: Historical development and contemporary dilemmas. *Medicine, science and the law*, 59(3), 187-196, 2019.
- DEGENER, T., *Disability in a human rights context*. Laws, n.º 5, 2016.
- FENNELL, P. The criminal procedure (insanity and unfitness to plead) Act 1991, *The Modern Law Review* 55:4 547-555, 1992.
- GÓMEZ CUENCA, P., «La incidencia del derecho internacional de los derechos humanos en el derecho interno: la interpretación del artículo 10.2 de la Constitución Española», *Revista de Estudios Jurídicos de la Universidad de Jaén* (segunda época), n.º 12, 2012, pp. 1-24.
- GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., *Constitucionalismo multinivel. Derechos Fundamentales*, Madrid, Sanz y Torres, 2011
- IGLESIAS RÍO, M. A., «La eximente de anomalía o alteración psíquica. (Art. 20.1 Código Penal): una problemática abierta hacia el futuro científico». *Anuario De Derecho Penal Y Ciencias Penales*, 56(1), 151-174, 2003.
- LANDECHO VELASCO, C. M. y MOLINA BLÁZQUEZ, C. *Derecho penal español. Parte General*. Ed. Tecnos, Madrid, 1996.
- LUZÓN CUESTA, J. M., *Compendio de Derecho Penal. Parte general*. Ed. Dykinson, Madrid, 2003.

- MARTÍNEZ, M. C. *La capacidad de culpabilidad y su exclusión (inimputabilidad)*. In *Homenaje al dr. Marino Barbero Santos: in memoriam* (pp. 895-906). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2001.
- MEGRET, F., The disabilities convention: Human rights of persons with disabilities or disability rights? *Equality and non-discrimination under international law*, FARRIOR, S. (dir.), Routledge, London, 2017.
- MERCURIO, E., «La incapacidad para ser juzgado y el modelo social de la discapacidad. Retos, desafíos y tensiones para el derecho penal latinoamericano». *Boletín mexicano de derecho comparado*, 55 (163), 2022.
- _____, «¿Hacia dónde va la inimputabilidad? Entre las neurociencias y el modelo social de la discapacidad». *Revista de derecho* (Valdivia), 36(1), 285-306, 2023+.
- PURÁN ROSAS, V. C., «Capacidad jurídica, responsabilidad penal y personas con discapacidad». *Política criminal*, 19(38), 191-220, 2024.
- SANTOS URBANEJA, F. *Manual de discapacidad, derecho penal y penitenciario*. Ed. Sepín, Madrid, 2023.
- SAIZ ARNÁIZ, A., *La apertura constitucional al derecho internacional y europeo de los derechos humanos: el artículo 10.2 de la Constitución española*, CGPJ, Madrid, 1999.

MUJER Y DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL: DISCRIMINACIÓN INTERSECCIONAL

Ana Peláez Narváez*

Vicepresidenta Ejecutiva de la Fundación CERMI Mujeres

Experta del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas

I. INTRODUCCIÓN

El presente artículo aborda la situación de las mujeres con discapacidad psicosocial desde una perspectiva de derechos humanos basada en el género y en la discapacidad, situando en el centro de la reflexión el concepto de discriminación interseccional. Para su elaboración, se ha tomado como referencia la ponencia ofrecida por la autora en el contexto del V Congreso Nacional y II Congreso Internacional de Derecho de la Discapacidad, bajo el enfoque prioritario de la salud mental como cuestión de derechos humanos.

A pesar del reconocimiento normativo internacional en materia de discapacidad y de igualdad de género –reflejado en instrumentos de Naciones Uni-

* La autora fue responsable de la concepción y diseño del presente artículo, el análisis de los datos oficiales disponibles utilizados y de la redacción y revisión crítica del manuscrito.

das como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) y la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)—, las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial siguen enfrentando barreras estructurales, estigmas y violencias que condicionan su existencia de manera desigual. Esta pertenencia a un grupo históricamente discriminado genera una experiencia específica de exclusión que raramente es reconocida en su complejidad por las políticas públicas; menos aún en la legislación. Estas desigualdades se manifiestan tanto en el acceso a derechos básicos, como en el trato que reciben en los servicios sociales, sanitarios, educativos, judiciales y de protección por parte de los profesionales implicados. La invisibilidad de sus experiencias, junto a la ausencia de datos oficiales desagregados por tipo de discapacidad, género y otros factores de exclusión (como la pobreza, el origen, la nacionalidad, ser cabeza de familia o tener personas a su cargo, entre otros), impide construir diagnósticos rigurosos sobre su situación actual en las diferentes esferas de la vida y obstaculiza el diseño de respuestas eficaces desde las administraciones públicas. Además, la estigmatización asociada a los trastornos mentales sigue muy presente en el imaginario colectivo y condiciona negativamente la percepción social y jurídica de estas mujeres, con consecuencias profundas en su autonomía, libertad personal y derecho a una vida independiente; con efectos trágicos en el ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

Estas páginas pretenden contribuir a visibilizar estas realidades ocultas y a fomentar un cambio de paradigma que supere el enfoque asistencialista y patologizante todavía presente en la sociedad, agravado por un sistema patriarcal y capacitista que todavía persiste en muchas legislaciones, políticas públicas y discursos políticos. En su lugar, se propone, en cambio, una lectura desde la justicia social, los derechos humanos y la interseccionalidad, que sitúe a las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial como sujetas activas de derechos, titulares de dignidad y protagonistas legítimas de los procesos de transformación social.

II. LA DISCRIMINACIÓN INTERSECCIONAL COMO MARCO CONCEPTUAL

La discriminación interseccional ha sido definida por los diferentes órganos de tratados de derechos humanos de Naciones Unidas como «una situación en la que varios motivos operan e interactúan al mismo tiempo de forma que son inseparables y, de ese modo, exponen a las personas afectadas a tipos singulares de desventajas y discriminación»¹. Esta interacción puede incluir factores como el género, la discapacidad, la edad, la pobreza, el origen étnico o racial, la orientación sexual, la identidad de género y la condición de salud mental. Es precisamente esta interacción compleja la que da lugar a experiencias de opresión que no pueden comprenderse ni abordarse desde categorías aisladas².

Esta definición resulta especialmente relevante si se tiene en cuenta que, a nivel global, la discapacidad afecta de forma desproporcionada a las mujeres: De hecho, se estima que 1 de cada 5 mujeres en el mundo vive con una discapacidad (el 19,2 % frente al 12 % de los hombres).³ Esta diferencia no se debe únicamente a factores biológicos o al envejecimiento, sino a condiciones estructurales que inciden directamente en la salud y los derechos de las mujeres, como el menor estatus socioeconómico, la violencia de género, y la exposición a prácticas nocivas y discriminatorias por motivos de género; entre ellas, la mutilación genital femenina, los embarazos precoces o no cuidados y los abortos inseguros.⁴

¹ Véase, por ejemplo, la Observación General n.º 3 (2016, sobre los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad (pára. 4 c.), y la Observación General n.º 6 (2018) sobre la igualdad y la no discriminación (pára. 19), del Comité CRPD de Naciones Unidas.

² Véase, por ejemplo, la Recomendación General n.º 28 (2012) relativa a las obligaciones básicas de los Estados Partes de conformidad con el artículo 2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (pára. 18), del Comité CEDAW de Naciones Unidas.

³ ONU Mujeres. The empowerment of women and girls with disabilities: Towards full and effective participation and gender equality (2018).

⁴ ONU Mujeres. The empowerment of women and girls with disabilities: Towards full and effective participation and gender equality (2018).

A diferencia de las formas tradicionales de discriminación, que suelen analizarse desde un único eje (por ejemplo, el género o la discapacidad por separado), la interseccionalidad permite comprender cómo estas identidades o condiciones sociales se cruzan, se intensifican mutuamente y producen formas específicas y agravadas de exclusión. Este enfoque fue formulado originalmente por la jurista Kimberlé Crenshaw en el contexto del feminismo afroamericano a finales de los años 80, y ha sido progresivamente adoptado por los sistemas internacionales de derechos humanos, incluido el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CRPD) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), reconociendo explícitamente su relevancia para abordar la situación de mujeres y niñas con discapacidad.

En el caso de las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial, esta perspectiva resulta especialmente necesaria. La discapacidad psicosocial es una de las discapacidades más invisibilizadas, estigmatizadas y mal comprendidas tanto social como institucionalmente. Su expresión —en muchos casos no perceptible físicamente— es frecuentemente cuestionada, lo que genera formas de exclusión silenciosas, pero profundamente arraigadas. Una mujer con esta condición no solo debe hacer frente al estigma de la salud mental, aún muy presente en los servicios sanitarios, educativos, judiciales y comunitarios, sino también a los efectos acumulativos de la desigualdad estructural por razón de género, como la pobreza, la violencia, la exclusión laboral o la sobrecarga en las tareas de cuidados. A ello se suman otros factores como el aislamiento territorial, la discriminación por motivos étnicos o migratorios, o las barreras lingüísticas y culturales, que agravan aún más la desigualdad. De este modo, las mujeres con discapacidad psicosocial que viven en zonas rurales pertenecen a comunidades racializadas o son solicitantes de asilo, se encuentran expuestas a múltiples vulnerabilidades interconectadas que limitan su capacidad para acceder a recursos, ejercer derechos o participar en condiciones de igualdad en la vida social y política.

La denegación sistemática de su capacidad jurídica —especialmente en el contexto de sistemas tutelares aún vigentes en muchos países—, los internamientos forzados, la medicalización sin consentimiento informado, la esterilización involuntaria o las decisiones impuestas sobre su maternidad y vida familiar (incluida la retirada de la custodia de hijos), no son episodios aislados. Constituyen manifestaciones de un entramado institucional y cultural que sigue operando bajo lógicas de control, protección y silencio, en lugar de bajo los principios de autonomía, igualdad y participación. La jurisprudencia reciente de los órganos de tratados de derechos humanos de Naciones Unidas ha subrayado con claridad que estas prácticas vulneran derechos fundamentales y deben ser objeto de revisión urgente por parte de los Estados⁵.

En este sentido, como también se desprende de la legislación vigente en España sobre la igualdad de trato y no discriminación,⁶ la interseccionalidad no puede ser entendida únicamente como una categoría teórica de análisis, sino como un principio normativo que debe orientar la acción legislativa, judicial y administrativa. Su incorporación efectiva a las políticas públicas implica reconocer que la discriminación múltiple no se suma, sino que se transforma cualitativamente, produciendo una desigualdad que requiere respuestas diferenciadas, sensibles al contexto y basadas en datos empíricos. Asimismo, exige el diseño de mecanismos de participación reales que incorporen la voz de las propias mujeres con discapacidad psicosocial, especialmente de aquellas en situación de institucionalización, pobreza o exclusión extrema, cuya experiencia es con frecuencia ignorada incluso en los espacios de defensa de derechos.

⁵ Véanse, por ejemplo, el Dictamen aprobado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en virtud del artículo 5 del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 44/2017.

⁶ Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y no discriminación.

En definitiva, comprender la realidad de las mujeres con discapacidad psicosocial desde un enfoque interseccional es una condición necesaria para garantizar su inclusión plena y el ejercicio efectivo de sus derechos. No basta con reconocer su existencia como grupo: es preciso identificar cómo y por qué se produce su exclusión, y actuar de manera coordinada y transformadora desde todos los niveles del Estado y la sociedad.

III. LO QUE NOS DICEN LOS DATOS OFICIALES SOBRE LAS MUJERES Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL EN ESPAÑA

El análisis cuantitativo es una herramienta indispensable para visibilizar las desigualdades estructurales que afectan a las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial. Si bien los datos disponibles no están debidamente actualizados y aún presentan limitaciones —especialmente por la escasa desagregación por tipo de discapacidad y género—, permiten identificar tendencias significativas que dan cuenta de una situación persistente de exclusión, invisibilidad e institucionalización.

Antes de proseguir, se hace necesario aclarar que, como señalan las fuentes utilizadas, el término «discapacidad psicosocial» es tomado conforme al enfoque de derechos humanos adoptado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, que reconoce esta condición como una forma legítima de discapacidad derivada de trastornos o condiciones de salud mental. Sin embargo, debe señalarse que las fuentes estadísticas nacionales —como la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)— utilizan denominaciones distintas, como «deficiencias mentales». Por coherencia conceptual y para facilitar la lectura, se emplean ambos términos con sentido equivalente, aunque se aclara que cuando se citan cifras oficiales se respetan los términos originales utilizados por el Instituto Nacional de Estadística.

Según el análisis que realiza ODISMET⁷ de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2020), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, en España se registraron 541 000 personas con demencias, enfermedades o trastornos mentales, lo que representa el 12,5 % del total de personas con discapacidad. De ese conjunto, el 59,85 % eran mujeres (323 800) y el 40,15 % hombres (217 100). Esta diferencia se acentúa con la edad. En el grupo de 85 años o más, había 134 000 mujeres frente a 41 400 hombres, lo que supone un 76,35 % de mujeres. En el extremo opuesto, entre los menores de edad (de 6 a 15 años), las niñas representaban solo el 32,29 % del total de personas con estas deficiencias, frente al 67,71 % de niños. Estos datos sugieren un posible infradiagnóstico o una detección más tardía de los trastornos mentales en niñas.

Si se observa el total de mujeres con discapacidad registradas en la EDAD 2020 (2 547 800), se constata que el 12,7 % —es decir, 323 800— presentan demencias, enfermedades o trastornos mentales. Esta proporción se eleva al 22,2 % en el grupo de mujeres de 85 años o más (134 000 de un total de 602 900 mujeres con discapacidad mayores de 85 años). Estos datos no solo ilustran una sobrerepresentación femenina general en este tipo de deficiencias, sino también una mayor incidencia con la edad.

Estas cifras sugieren la necesidad de adoptar un enfoque diferenciado para comprender el impacto del género en los procesos de diagnóstico, atención y acompañamiento. Esta sobrerepresentación no puede interpretarse solo como un dato demográfico vinculado al mayor envejecimiento femenino. Diversos estudios han mostrado que los factores de género —como la sobrecarga de cuidados, la precariedad laboral, la exposición a violencia machista,

⁷ Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo en España (ODISMET), «Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2020». Disponible en: <https://odismet.es/once-edad/perfil>

el empobrecimiento a lo largo del ciclo vital o la desigualdad en el acceso a la salud— tienen un impacto directo en la salud mental de las mujeres. Así, lo que se presenta como una condición médica individual es, en muchos casos, el resultado de determinantes sociales estructurales.

A estos datos se suman los resultados de la EDAD 2023, centrada en personas con discapacidad en contextos institucionales. El estudio revela que 199 690 personas con deficiencias mentales se encuentran institucionalizadas en España. De ellas, 132 992 son mujeres (66,6 %) frente a 66 698 hombres (33,4 %). Esta brecha se mantiene en todas las tipologías de centros: residencias de mayores, centros de atención a personas con discapacidad, viviendas tuteladas y hospitales psiquiátricos o geriátricos.

Además, si se considera el conjunto total de mujeres institucionalizadas por cualquier causa (233 121), se constata que el 57,05 % de ellas lo están por deficiencias mentales, lo que convierte a esta causa en la más frecuente de institucionalización entre mujeres con discapacidad.

Esta sobrerepresentación no es un fenómeno neutro. Muestra un patrón de institucionalización selectiva y feminizado, que responde a la conjunción de varios factores: la falta de redes familiares de apoyo, la mayor esperanza de vida, la pobreza acumulada, y la pervivencia de prácticas médico-jurídicas que despojan a las mujeres de su autonomía bajo la presunción de incapacidad. La institucionalización, lejos de ofrecer una solución, suele perpetuar situaciones de dependencia, aislamiento, medicalización forzosa y negación de derechos fundamentales, especialmente cuando se produce de forma indefinida y sin garantías.

Se estima que en torno al 29 % de las mujeres con discapacidad psicosocial en España están institucionalizadas. Esta situación vulnera directamente lo dispuesto en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que reconoce el derecho de toda persona con dis-

capacidad a vivir de forma independiente y a ser incluida en la comunidad. La falta de alternativas habitacionales dignas, el escaso desarrollo de apoyos personalizados, y la débil implantación del modelo de vida independiente son causas estructurales que explican esta alta tasa de reclusión.

Por otra parte, estos datos deben leerse junto con la persistencia del estigma asociado a la salud mental, que afecta de manera especialmente grave a las mujeres. La interiorización de prejuicios, el miedo al rechazo o la desconfianza institucional llevan a muchas mujeres a no reconocerse como personas con discapacidad psicosocial, lo que dificulta el acceso a recursos, a medidas de protección o a apoyos específicos. La invisibilidad estadística es también una forma de exclusión política: lo que no se nombra, no se atiende.

Finalmente, cabe señalar que las fuentes estadísticas actuales no siempre permiten identificar con precisión la intersección entre discapacidad psicosocial, género y otros factores como la pobreza, el origen migrante o la ruralidad. Esta limitación impide trazar diagnósticos ajustados y diseñar políticas públicas interseccionales. La disponibilidad y el uso de datos desagregados, sistematizados y accesibles debe ser una prioridad para los poderes públicos si se pretende avanzar hacia una verdadera garantía de derechos para las mujeres con discapacidad psicosocial.

IV. DIBUJANDO EL DIAGNÓSTICO DE PARTIDA

Del análisis conjunto de los datos estadísticos procedentes de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2020 y EDAD 2023), se pueden extraer varias conclusiones relevantes que permiten comprender con mayor profundidad la situación de las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial en España. Estas conclusiones, además de tener un valor descriptivo, evidencian los patrones estructurales de discriminación interseccional y deben guiar la formulación de políticas públicas específicas.

1. La prevalencia de la discapacidad psicosocial es mayor entre las mujeres

De las 541 000 personas registradas con demencias, enfermedades o trastornos mentales⁸, el 59,85 % son mujeres frente al 40,15 % de hombres. Esta diferencia, sostenida en el tiempo, no es neutra ni casual, y apunta a una incidencia mayor de diagnósticos psiquiátricos en mujeres, lo que puede estar relacionado tanto con factores biológicos como con determinantes sociales y de género. Además, la percepción social de la conducta femenina sigue estando atravesada por estereotipos que patologizan la expresión emocional o la divergencia del rol tradicional, lo que puede influir en una mayor medicalización.

2. La dimensión de género explica parte de esta brecha

El menor estatus socioeconómico de las mujeres, su mayor exposición a la violencia de género, la sobrecarga en tareas de cuidado y la desigualdad en el acceso a recursos sanitarios y comunitarios tienen efectos acumulativos en su salud mental. Estas condiciones generan una vulnerabilidad psicosocial estructural, donde la discapacidad no es solo el resultado de una condición médica, sino de un entorno excluyente y violento que agrava o produce limitaciones funcionales.

3. Existe un diagnóstico tardío y una falta de perspectiva de género en la valoración de la discapacidad

La escasa detección precoz de los trastornos mentales en mujeres –especialmente durante la infancia y la adolescencia–, así como la falta de pro-

⁸ Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo en España (ODISMET), «Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2020». Disponible en: <https://odismet.es/once-edad/perfil>

fesionales formados en género y salud mental, contribuyen a que muchas niñas y mujeres con discapacidad psicosocial permanezcan invisibles o mal diagnosticadas. Esta invisibilidad condiciona su acceso a apoyos, a recursos adaptados y a derechos fundamentales como la educación, la salud o la protección social.

4. El estigma social actúa como barrera de identificación y de derechos

A pesar de padecer condiciones que, según los criterios legales y médicos, constituirían una discapacidad, muchas mujeres no se identifican a sí mismas como personas con discapacidad psicosocial. Este fenómeno se debe en gran parte al estigma persistente que asocia la enfermedad mental con peligrosidad, debilidad o incompetencia, lo que lleva al ocultamiento, la autoexclusión o incluso la renuncia a ejercer derechos. El temor al rechazo social o institucional limita también la disposición a buscar apoyo o protección.

5. Las mujeres están sobrerepresentadas en el sistema institucional

Según la EDAD 2023, el 66,6 % de las personas institucionalizadas con deficiencias mentales son mujeres. Este dato refleja una tendencia preocupante hacia la institucionalización femenina, que, en muchos casos, se produce sin alternativas comunitarias adecuadas o sin el consentimiento libre e informado de la persona. Esta sobrerepresentación tiene raíces estructurales, relacionadas con la falta de apoyos familiares, la carencia de autonomía económica y la desprotección jurídica.

6. Alrededor del 29 % de las mujeres con discapacidad psicosocial viven en instituciones

Este porcentaje revela una grave limitación del derecho a vivir de forma independiente y a ser incluida en la comunidad, tal y como recoge el artículo 19

de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La institucionalización masiva no solo vulnera derechos, sino que profundiza el aislamiento, dificulta el acceso a servicios comunitarios y refuerza la lógica de tutela y control sobre la vida de estas mujeres.

7. La tasa de institucionalización por discapacidad psicosocial es la más alta entre las mujeres con discapacidad

Cuando se analizan las tasas de institucionalización desglosadas por tipo de deficiencia, se observa que las mujeres con discapacidad psicosocial encabezan la lista, con un 57,05 % del total de mujeres institucionalizadas. Esta cifra pone de manifiesto la necesidad urgente de revisar los criterios de internamiento, las prácticas psiquiátricas coercitivas y la ausencia de modelos de atención comunitaria con enfoque de derechos, género e interseccionalidad.

V. EL PERFIL ESTEREOTIPADO DE UNA MUJER CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

La mujer con discapacidad psicosocial en España suele experimentar una forma de exclusión profundamente arraigada, en gran parte debido a que su discapacidad no es siempre visible. Esta invisibilidad alimenta la desconfianza social hacia su diagnóstico, y favorece actitudes de estigmatización que atraviesan todos los ámbitos de su vida. Se le cuestiona constantemente su validez como interlocutora, como ciudadana e incluso como persona autónoma, lo cual refuerza su aislamiento.

En muchos casos, su situación económica es precaria. Vive con recursos escasos o directamente en la pobreza, lo que la expone aún más a dinámicas de dependencia institucional. La falta de apoyo familiar y comunitario contribuye a que muchas de estas mujeres acaben en contextos de institucionalización, donde su libertad queda reducida y sus decisiones quedan supeditadas a otros.

Con frecuencia, estas mujeres han sido privadas de su capacidad jurídica, lo que impide que puedan decidir sobre aspectos fundamentales de su vida, desde tratamientos médicos hasta relaciones personales. A menudo son sometidas a tratamientos forzados o sin consentimiento informado, prácticas que vulneran sus derechos fundamentales y profundizan su indefensión.

La violencia es otra constante en sus trayectorias vitales. Muchas han sufrido abusos físicos, sexuales o psicológicos, tanto en el ámbito doméstico como en instituciones. A pesar de ello, el acceso efectivo a la justicia sigue siendo extremadamente limitado. Las barreras para denunciar, ser escuchadas o lograr reparación son múltiples, desde la desconfianza institucional hasta la ausencia de mecanismos accesibles.

Todo esto ocurre en un contexto en el que faltan sistemas de apoyo adecuados. La ausencia de recursos específicos, redes de protección o profesionales formados para trabajar desde un enfoque de derechos impide que estas mujeres puedan ejercer su autonomía en condiciones de igualdad.

Este perfil revela una realidad marcada por la invisibilidad, la pobreza, la exclusión judicial, la violencia y la falta de respaldo institucional. Reconocer esta intersección de factores no solo es urgente, sino indispensable para garantizar que las políticas públicas no sigan reproduciendo el abandono estructural al que se enfrentan.

VI. IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN PRIORITARIA

A la luz de la situación descrita, se hace imprescindible una acción pública decidida que incorpore de forma transversal el enfoque de género, discapacidad y derechos humanos en el diseño, aplicación y evaluación de todas las políticas públicas. El marco normativo internacional, liderado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), así como por la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación

contra la Mujer (CEDAW), exige a los Estados el cumplimiento efectivo del principio de igualdad sustantiva, con especial atención a las mujeres y niñas con discapacidad.

Este mandato internacional se refuerza a nivel europeo por medio del Pilar Europeo de Derechos Sociales y la Estrategia para los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021-2030 de la Unión Europea. En el ámbito nacional, tanto la reforma del artículo 49 de la Constitución Española como la Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030 marcan una hoja de ruta para garantizar los derechos de las personas con discapacidad, aunque el abordaje interseccional con enfoque de género aún está escasamente desarrollado en su aplicación práctica.

Los datos presentados en los apartados anteriores demuestran que las mujeres con discapacidad psicosocial enfrentan múltiples formas de discriminación que se refuerzan entre sí, generando patrones específicos de exclusión. Estas formas de discriminación no solo se producen en el acceso a derechos fundamentales como la salud, la educación, el empleo o la justicia, sino también en la forma en que las propias instituciones diseñan, prestan o niegan servicios, perpetuando barreras visibles e invisibles.

Resulta especialmente alarmante la soberrepresentación femenina en la institucionalización, la persistencia de prácticas como la medicalización forzada o la esterilización no consentida (a pesar de su reciente prohibición legal), y la ausencia de políticas públicas que reconozcan de forma específica la situación de las mujeres con discapacidad psicosocial. Igualmente preocupante es la escasez de datos desagregados que permitan conocer con precisión su realidad y evaluar la efectividad de las medidas adoptadas.

Ante este panorama, la intervención pública debe ser ambiciosa y transformadora. No basta con adaptar programas existentes: es necesario repensar profundamente los modelos de atención, los marcos jurídicos, los sistemas

de apoyos y los mecanismos de participación, asegurando que las mujeres con discapacidad psicosocial no solo sean destinatarias de las políticas, sino protagonistas activas en su diseño e implementación.

A continuación, se desarrollan cinco áreas prioritarias de intervención que resultan especialmente relevantes para garantizar los derechos de las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial, desde un enfoque interseccional y de derechos humanos.

8. Salud, incluida la salud mental y salud sexual y reproductiva

La salud, en su dimensión integral, constituye un derecho fundamental que sigue siendo negado o condicionado para muchas mujeres y niñas con discapacidad psicosocial. En su caso, el acceso a servicios sanitarios —especialmente los relacionados con la salud mental y la salud sexual y reproductiva— se ve obstaculizado por múltiples factores: la institucionalización, la privación de capacidad jurídica, la falta de apoyos adecuados y el estigma persistente que rodea los trastornos mentales. Estas barreras no solo limitan el acceso físico a los servicios, sino que afectan profundamente la calidad de la atención recibida, que a menudo se basa en prejuicios, paternalismo y prácticas coercitivas.

La atención sanitaria debe dejar de ser un espacio de control y medicalización para convertirse en un entorno de respeto, escucha y autonomía. Asegurar el acceso en igualdad de condiciones implica no solo eliminar barreras físicas y comunicativas, sino también transformar las actitudes profesionales y los protocolos clínicos. Las mujeres con discapacidad psicosocial deben poder acceder a información clara, comprensible y adaptada sobre su salud, sus derechos sexuales y reproductivos, y los recursos disponibles, sin ser infantilizadas ni deslegitimadas.

La detección temprana y la adecuada calificación de la discapacidad psicosocial son esenciales para evitar diagnósticos tardíos o erróneos que perpetúan la exclusión. Esta detección debe realizarse desde una perspectiva de género, reconociendo que muchas niñas y mujeres permanecen invisibles en los sistemas de salud por la falta de formación especializada y por la persistencia de estereotipos que patologizan la expresión emocional femenina.

Asimismo, es imprescindible garantizar la rehabilitación médica y psicológica de aquellas que han sido víctimas de violencia, trata o prácticas nocivas. Estas experiencias tienen un impacto profundo en la salud mental, y requieren respuestas integrales que no se limiten a la atención clínica, sino que incluyan acompañamiento emocional, reconstrucción de redes de apoyo y restitución de derechos.

En definitiva, el sistema de salud debe asumir un enfoque de derechos humanos que reconozca a las mujeres con discapacidad psicosocial como sujetas activas, capaces de decidir sobre sus cuerpos, sus tratamientos y sus vidas. Esta transformación no es solo técnica, sino ética y política.

9. Prácticas nocivas

Las prácticas nocivas contra mujeres y niñas con discapacidad psicosocial constituyen una de las formas más graves y persistentes de violencia estructural. A menudo amparadas por sistemas médico-jurídicos que operan bajo la lógica de la tutela, estas prácticas incluyen esterilizaciones no consentidas, embarazos forzados, abortos coercitivos, tratamientos anticonceptivos impuestos y matrimonios o uniones de hecho sin consentimiento libre e informado. Estas violencias no son excepciones, sino manifestaciones de un sistema que sigue considerando a estas mujeres como incapaces de decidir sobre su vida afectiva, sexual y reproductiva.

La erradicación de estas prácticas exige no solo una revisión profunda de los marcos legales, sino también una transformación cultural que reconozca la capacidad de estas mujeres para ejercer sus derechos. Para ello, es necesario formar a profesionales de la justicia, la salud, la infancia, la discapacidad y la igualdad sobre las normas de derechos humanos aplicables y las formas específicas de violencia que pueden sufrir estas mujeres, de modo que puedan prevenir, identificar y responder eficazmente a los casos.

También resulta esencial definir protocolos coordinados entre los distintos ámbitos profesionales que aseguren salvaguardias efectivas y garanticen que las mujeres y niñas con discapacidad puedan expresar su opinión y otorgar su consentimiento previo, libre e informado en cualquier decisión que les afecte. Esto incluye los apoyos que puedan necesitar para ejercer ese derecho en condiciones de igualdad.

La sensibilización social es otro eje clave. Las campañas de concienciación deben cuestionar las creencias que justifican estas prácticas bajo la apariencia de protección o beneficio, y ofrecer información clara sobre el daño que causan. Estas campañas deben involucrar activamente a las propias mujeres y niñas con discapacidad, a sus familias y a las instituciones del ámbito de la salud mental y la discapacidad.

Por supuesto, todos los casos de prácticas nocivas deben ser investigados y, cuando corresponda, enjuiciados. La impunidad no puede seguir siendo la norma. Además, es imprescindible establecer medidas de reparación integral para las mujeres que han sido víctimas de esterilizaciones forzadas, tanto en el pasado como en el presente, incluyendo el reconocimiento del daño, el acompañamiento emocional, el acceso a servicios de rehabilitación y, cuando proceda, una ley de indemnización.

Eradicar estas prácticas es una condición indispensable para construir una sociedad que respete la dignidad, la autonomía y los derechos de todas las mujeres, sin excepciones.

10. Violencia y abuso

La violencia que sufren las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial es una realidad persistente que se manifiesta en múltiples formas: física, sexual, psicológica, económica e institucional. Esta violencia no puede entenderse únicamente como una cuestión individual, sino como reflejo de estructuras sociales y culturales que perpetúan la desigualdad, el estigma y la exclusión. En este sentido, reconocer esta violencia, garantizar atención adecuada a las víctimas y avanzar en su reparación son responsabilidades fundamentales que deben ser asumidas por el Estado desde un compromiso ético y jurídico.

Así pues, la prevención debe ser una prioridad transversal en todas las políticas públicas. Esto implica no solo campañas de sensibilización, sino también la formación especializada de profesionales en salud, educación, justicia y servicios sociales, que les permita identificar señales de violencia y actuar con diligencia y respeto. Cabe destacar que las mujeres con discapacidad psicosocial, especialmente aquellas que viven en instituciones o están bajo tutela, enfrentan barreras adicionales para denunciar o incluso reconocer que están siendo víctimas. Por ello, los mecanismos de prevención deben ser accesibles, adaptados y sensibles a sus circunstancias.

En cuanto a la protección, resulta imprescindible garantizar entornos seguros tanto en el ámbito doméstico como en el institucional. Muchas mujeres con discapacidad psicosocial viven en contextos donde su autonomía está limitada, lo que las expone a abusos sin posibilidad de defensa. Por consiguiente, la protección debe incluir medidas concretas como la supervisión externa de centros residenciales, la creación de protocolos específicos para casos de violencia en instituciones, y el desarrollo de redes comunitarias de apoyo que permitan a estas mujeres salir de situaciones de riesgo sin quedar desamparadas. Además, es fundamental que puedan acceder a recursos como casas de acogida, atención psicológica especializada y asistencia jurídica, sin que su discapacidad sea un obstáculo.

Asimismo, la detección, investigación y, en su caso, el enjuiciamiento de los casos de violencia debe realizarse con garantías, evitando la revictimización y asegurando que las mujeres sean escuchadas y respetadas. En este marco, la justicia debe adaptarse a sus necesidades, incorporando apoyos para la comunicación, intérpretes, facilitadoras y entornos accesibles.

Por otro lado, la recuperación y rehabilitación de las víctimas requiere un enfoque integral que combine atención médica, acompañamiento emocional, acceso a vivienda digna y reconstrucción de entornos de apoyo comunitario. La reintegración social no puede depender únicamente de la voluntad individual: debe estar respaldada por políticas públicas que reconozcan el daño sufrido y promuevan la autonomía.

La rendición de cuentas, por su parte, es esencial para romper el ciclo de impunidad. Las instituciones que han fallado en proteger o que han sido escenario de abusos deben ser investigadas y, si corresponde, sancionadas. En consecuencia, la reparación a las víctimas debe ser efectiva, con medidas que restituyan derechos, reconozcan el daño y garanticen la no repetición.

Finalmente, la disponibilidad y actualización de datos oficiales sobre violencia contra mujeres y niñas con discapacidad psicosocial constituye una herramienta imprescindible para visibilizar esta realidad y diseñar respuestas adecuadas. En definitiva, sin datos no hay diagnóstico; sin diagnóstico, no hay política eficaz.

11. Trata y explotación sexual

Las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial se encuentran en una posición de especial vulnerabilidad frente a la trata y la explotación sexual. Su invisibilidad social, la institucionalización, la falta de apoyos y la desprotección jurídica las convierten en blanco fácil de redes que operan en la impunidad, especialmente en contextos de pobreza extrema, abandono institucional o migración forzada.

La prevención debe incluir medidas específicas para identificar factores de riesgo y establecer mecanismos de detección temprana. Es esencial formar a las propias mujeres y niñas sobre cómo reconocer y denunciar situaciones de trata, especialmente en entornos cerrados donde los abusos pueden provenir de personas cercanas. También es necesario sensibilizar a las familias para que puedan identificar comportamientos abusivos que persiguen obtener beneficios a costa de estas mujeres.

Asimismo, los sistemas de protección deben actuar de forma coordinada y sensible al contexto, garantizando que las víctimas reciban atención integral: asistencia médica y psicológica, apoyo jurídico, acceso a vivienda segura y recursos adaptados a sus necesidades. La elaboración de protocolos específicos, la capacitación de profesionales y la accesibilidad de la información son elementos clave para asegurar una respuesta eficaz.

La rehabilitación y reparación no puede limitarse a la salida del circuito de explotación. Debe garantizarse la restitución de derechos, el acceso prioritario a vivienda y formación para el empleo, y el acompañamiento en la toma de decisiones. Además, es fundamental que las víctimas no sean repatriadas por razón de discapacidad durante el proceso de valoración.

En definitiva, la trata y la explotación sexual son formas extremas de violencia patriarcal y capacitista. Combatirlas exige una respuesta firme, coordinada y centrada en las víctimas, que reconozca su dignidad y su derecho a vivir libres de violencia.

12. Acceso efectivo a la justicia

El acceso a la justicia para las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial sigue siendo una asignatura pendiente. Las barreras estructurales, el estigma y la falta de apoyos adecuados dificultan que puedan denunciar

violaciones de sus derechos, participar en procesos judiciales o recibir reparación efectiva. Esta exclusión no solo vulnera el principio de igualdad ante la ley, sino que perpetúa situaciones de impunidad y desprotección.

Para revertir esta situación, es necesario comprender las causas que explican el escaso número de denuncias, especialmente en casos de violencia de género y prácticas nocivas. La promoción de la asistencia legal gratuita en todos los procedimientos judiciales es esencial, así como la creación de servicios de apoyo que garanticen la accesibilidad de las garantías procesales. Esto incluye ajustes razonables, acceso a información comprensible, tecnologías de apoyo elegidas por las propias mujeres y la figura del facilitador procesal.

Los juzgados de violencia contra la mujer y de menores deben contar con recursos que aseguren instalaciones accesibles y atención adecuada. Además, es fundamental empoderar a las propias mujeres, especialmente en zonas rurales o en instituciones, mediante formación sobre sus derechos y los recursos legales disponibles.

Esta transformación requiere también una capacitación especializada de todos los actores del sistema judicial. Jueces, fiscales, abogados y personal de los turnos de oficio deben recibir formación para eliminar prejuicios y comprender las circunstancias específicas derivadas de la discriminación interseccional. La elaboración de directrices claras contribuirá a establecer estándares comunes que garanticen un acceso efectivo a la justicia.

Garantizar este derecho no es solo una cuestión técnica: es una exigencia democrática que interpela al conjunto de las instituciones. Reconocer a estas mujeres como sujetas jurídicas, adaptar los sistemas y formar a los profesionales son pasos imprescindibles para construir una justicia verdaderamente inclusiva.

VII. CONSIDERACIONES FINALES

Las mujeres y niñas con discapacidad psicosocial se enfrentan a formas de discriminación que no son puntuales ni fortuitas, sino parte de una exclusión sostenida en el tiempo. Esta realidad no se explica solo por su diagnóstico, sino por un entramado de factores sociales, económicos, culturales e institucionales que las relegan sistemáticamente a los márgenes de la ciudadanía. La exclusión no solo limita su acceso a derechos básicos, sino que también cuestiona su condición misma de personas autónomas, activas y dignas.

Durante mucho tiempo, las respuestas institucionales frente a la discapacidad psicosocial han estado marcadas por enfoques centrados en el control, la patologización y la dependencia. Se ha privilegiado un modelo que interpreta las diferencias como déficits, fomentando prácticas como la medicalización forzada, el internamiento sin consentimiento o la privación del derecho a decidir sobre la propia vida. Estas actuaciones han contribuido a la invisibilización y a la desposesión de poder de muchas mujeres, especialmente en lo que respecta a su salud, su maternidad, su sexualidad y su participación en la vida pública.

Ante esta situación, es esencial reconocer que estas mujeres no son receptoras pasivas de cuidados, sino personas con plena capacidad para tomar decisiones sobre sus vidas. El respeto a su autonomía no es una concesión, sino una exigencia básica para cualquier sociedad democrática. La transformación del modelo actual pasa por dejar atrás los enfoques asistencialistas y apostar por formas de atención basadas en la escucha, la confianza y el reconocimiento de su agencia.

Este cambio no puede ser simbólico ni parcial. Debe traducirse en servicios de salud mental accesibles y centrados en la persona, en la promoción de la vida independiente con apoyos reales y adaptados, en la formación de profesionales desde una perspectiva ética, y en la apertura de espacios de partici-

pación donde estas mujeres no solo sean consultadas, sino que lideren los procesos de toma de decisiones.

Además, para comprender y afrontar con eficacia las múltiples barreras que experimentan, resulta imprescindible contar con datos que reflejen su diversidad y contexto. Sin información fiable, es imposible diseñar políticas efectivas ni valorar el impacto de las medidas adoptadas.

El compromiso institucional debe ser firme y sostenido. No basta con buenas intenciones: se necesitan recursos, acciones concretas y mecanismos que garanticen que las decisiones políticas respondan a las verdaderas necesidades de las mujeres con discapacidad psicosocial. La transformación social pasa por reconocer su lugar como sujetas activas de derechos y derribar las estructuras que han perpetuado su exclusión.

Solo mediante un enfoque integral e inclusivo será posible construir una sociedad en la que todas las mujeres, con independencia de sus condiciones, puedan vivir con dignidad, libertad y plena participación.

Colección



Los contenidos de esta publicación pueden
consultarse en la página de internet: WWW.cermi.es

La salud mental como cuestión de Derechos Humanos

Paula Pérez Sánchez (Edición)

La salud mental como cuestión de Derechos Humanos es una obra colectiva que reúne y sistematiza los principales análisis, debates y propuestas desarrollados en el V Congreso Nacional y II Internacional de Derecho de la Discapacidad celebrado en Ciudad Real, Castilla-La Mancha, en mayo de 2025.

Promovida por la Fundación Derecho y Discapacidad y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), con el apoyo del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, esta publicación se enmarca en la colección cermi.es, orientada a generar un discurso eminentemente social, a saber, la reflexión académica, jurídica y social sobre los derechos de las personas con discapacidad en España y en el mundo.

El volumen aborda, desde una perspectiva multidisciplinar, cuestiones clave como el derecho al bienestar psíquico y a entornos mentalmente saludables, los apoyos necesarios para el ejercicio de la capacidad jurídica, las limitaciones indebidas a la libertad personal, el tratamiento jurídico de la inimputabilidad y la discapacidad psicosocial, así como la situación específica de las mujeres que sufren discriminación interseccional por razón de género y discapacidad.

Asimismo, se examina el marco legislativo y las políticas públicas en materia de salud mental, identificando avances y carencias, y planteando la necesidad de un enfoque renovado que incorpore de manera efectiva las exigencias de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas como referencia normativa includible.

El texto ofrece una visión crítica y constructiva sobre los desafíos que plantea la salud mental en el ámbito de los derechos humanos, y preconiza la urgencia de reformas estructurales que garanticen la dignidad, la autonomía y la plena inclusión de las personas.

Con un enfoque riguroso y un marcado compromiso social, esta obra constituye una aportación de gran valor para la comunidad académica, jurídica, institucional y para el movimiento asociativo, consolidándose como referencia para avanzar hacia un modelo de salud mental plenamente respetuoso con los derechos humanos.

Acceso digital:

Publicado con
el apoyo de:

