



**Consejo Económico
y Social**

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2005/51
14 de febrero de 2005

ESPAÑOL
Original: INGLÉS

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
61º período de sesiones
Tema 10 del programa provisional

LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

**Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del
más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt***

* Este informe se ha presentado con retraso para incluir en él la mayor cantidad posible de información actualizada.

Resumen

De conformidad con la resolución 2004/27 de la Comisión, en el presente informe se describen concisamente algunas de las actividades realizadas por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, con posterioridad a su segundo informe provisional a la Asamblea General (A/59/422).

En su informe preliminar de febrero de 2003 a la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2003/58), el Relator Especial manifestó su intención de prestar atención particular a la discriminación y los estigmas, entre otras cosas; prioridad que fue aprobada por la Comisión de Derechos Humanos en la resolución 2003/28.

En ese contexto, el Relator Especial se ocupa en el presente informe de un grupo de personas que figura entre las más desatendidas, marginadas y vulnerables: las personas con discapacidad mental.

El derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental es complejo y de gran amplitud. En el ejercicio de su mandato, el Relator Especial está elaborando un método común para abordar ese derecho con miras a facilitar su comprensión.

En la sección I.A del informe se aplica ese enfoque común a la discapacidad mental y al derecho a la salud. Por ejemplo, se considera este tema en el contexto de las libertades, las facultades, la no discriminación y la igualdad, la participación, y la asistencia y la cooperación internacionales.

En la sección II.B se ponen brevemente de relieve tres cuestiones relacionadas con la discapacidad mental que requieren particular atención: la discapacidad intelectual, el derecho a la integración en la comunidad y el consentimiento al tratamiento.

El informe termina con algunas breves conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN.....	1 - 5	4
I. LA DISCAPACIDAD MENTAL Y EL DERECHO A LA SALUD	6 - 90	5
A. Evolución de las normas y obligaciones.....	23 - 75	10
1. Algunos instrumentos internacionales no vinculantes	24 - 30	10
2. La discapacidad y el derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental	31 - 32	12
3. Logro progresivo de la efectividad y limitaciones de recursos	33 - 37	12
4. Libertades	38 - 41	13
5. Facultades.....	42 - 45	14
6. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad	46	15
7. Respetar, proteger y cumplir	47 - 50	17
8. No discriminación e igualdad.....	51 - 58	18
9. Participación.....	59 - 61	19
10. Asistencia y cooperación internacionales	62 - 66	20
11. Vigilancia y rendición de cuentas	67 - 75	22
B. Cuestiones específicas	76 - 90	24
1. La discapacidad intelectual	77 - 82	25
2. El derecho a la integración en la comunidad	83 - 86	27
3. El consentimiento al tratamiento.....	87 - 90	27
II. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	91 - 93	28

INTRODUCCIÓN

1. Por su resolución 2002/31, la Comisión de Derechos Humanos estableció el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ("el derecho a la salud"). Después de su nombramiento en 2002, el Relator Especial presentó un informe preliminar a la Comisión (E/CN.4/2003/58), en el que exponía a grandes rasgos el planteamiento con el que se proponía cumplir su mandato, en particular los temas principales de la pobreza, la discriminación y el derecho a la salud.

2. En 2003, el Relator Especial presentó un informe a la Asamblea General (A/58/427) en el que, entre otras cosas, analizaba las cuestiones relativas a los indicadores y las bases de referencia, así como al VIH/SIDA y al derecho a la salud. En 2004, el Relator Especial presentó un informe a la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2004/49) en el que examinaba, entre otras cosas, el derecho a la salud sexual y reproductiva, la Estrategia para la Reducción de la Pobreza en el Níger, y las enfermedades descuidadas. Presentó asimismo un informe sobre su misión en la Organización Mundial del Comercio (E/CN.4/2004/49/Add.1). En su resolución 2004/27, la Comisión de Derechos Humanos tomó nota del informe del Relator Especial, lo invitó a que continuara con su análisis de los aspectos relacionados con los derechos humanos del problema relativo a las enfermedades desatendidas y le pidió que presentara un informe a la Comisión en su 61º período de sesiones sobre las actividades realizadas durante su mandato, así como un informe provisional a la Asamblea General. El presente informe se presenta de conformidad con la resolución 2004/27.

Actividades recientes

3. En 2004, el Relator Especial presentó un informe a la Asamblea General (A/59/422) en el que examinaba, entre otras cosas, los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud desde la perspectiva del derecho a la salud. A lo largo del año, el Relator Especial llevó a cabo misiones al Perú (6 a 15 de junio) y Rumania (23 a 27 de agosto) a invitación de los respectivos Gobiernos. En el marco de su mandato, el Relator Especial asistió a diversas reuniones. Por ejemplo, en Nueva York se reunió con representantes del Proyecto del Milenio, de la Campaña del Milenio y del UNICEF. Participó en una conferencia en Utrech (Países Bajos) organizada por la International Federation of Health and Human Rights Organizations, y a una reunión en Londres sobre el derecho a la salud organizada por Médicos por los Derechos Humanos-Reino Unido. Ha estado en contacto regular con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con una serie de cuestiones, entre ellas las enfermedades desatendidas, y ha mantenido además conversaciones con el ONUSIDA. Con el apoyo de la OMS y del Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, el Relator Especial ultimaré en 2005 un informe sobre las enfermedades desatendidas y el derecho a la salud.

4. En octubre, el Relator Especial abordó el tema del racismo y de la salud en el Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre la aplicación efectiva de la Declaración y Programa de Acción de Durban. Durante su estancia en Washington, D.C., tomó la palabra en la convención anual de la American Public Health Association, en la reunión de la junta de la División de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, y en un curso de formación sobre salud y derechos humanos organizado por Médicos por los Derechos Humanos - Estados Unidos de América. En el marco del diálogo emprendido con el sector farmacéutico, el Relator Especial tomó la

palabra en un simposio internacional organizado bajo los auspicios de la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible sobre el tema del derecho a la salud y de la función de las empresas farmacéuticas. En Nueva York participó en una sesión de información organizada por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y el Comité de organizaciones no gubernamentales sobre derechos humanos y copatrocinada por el Servicio Internacional para los Derechos Humanos y el Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos, de la Harvard School of Public Health. En diciembre de 2004, el Relator Especial presentó por escrito una declaración en la Audiencia Pública Nacional sobre el Derecho a la Atención de Salud, organizada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, de la India, y el Movimiento Popular en pro de la Salud (Jan Swasthya Abhiyan).

Comunicaciones individuales

5. De acuerdo con la práctica adoptada por la Comisión de Derechos Humanos, la información relativa a los casos específicos planteados por el Relator Especial durante el período considerado se publica en una adición (E/CN.4/2005/51/Add.1).

I. LA DISCAPACIDAD MENTAL Y EL DERECHO A LA SALUD

6. Una de cada cuatro personas padecerá de un trastorno mental en alguna fase de su vida. Además, la incidencia de trastornos mentales va en aumento. Hoy, aproximadamente 450 millones de personas en todo el mundo sufren trastornos mentales o neurológicos o tienen problemas de índole psicosocial. Muy pocas de ellas reciben tratamiento, asistencia y apoyo, y cuando lo reciben suele ser de manera sumamente inapropiada. Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. Los servicios de atención y apoyo a la salud mental no suelen estar cubiertos por el seguro de enfermedad. Más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella. Más del 90% de los países carecen de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes¹. En resumen, la salud mental es uno de los componentes más manifiestamente descuidados del derecho a la salud.

7. Las personas aquejadas de discapacidad intelectual figuran entre las más desatendidas -las más "invisibles"- de la comunidad. Como consecuencia lógica de esa desatención, no hay estimaciones de la carga que representa la discapacidad intelectual, pero los datos existentes indican que es importante. La discapacidad intelectual puede representar una grave carga personal, económica y social tanto para los individuos como para sus familias².

¹ World Health Report 2001, p. 3.

² Ibid., p. 35.

8. Donde se dispone de servicios de atención y apoyo a la salud mental, los usuarios se hallan expuestos a la violación de sus derechos humanos en esos entornos. Ello es particularmente cierto en los sistemas de prestación de servicios en régimen de segregación y en instituciones residenciales tales como hospitales psiquiátricos, establecimientos para personas con discapacidad intelectual, residencias de ancianos, servicios de asistencia social, orfanatos y cárceles.

9. El Relator Especial ha recibido numerosos testimonios sobre el internamiento inapropiado y a largo plazo de personas con discapacidad mental en hospitales psiquiátricos y otros establecimientos donde han sido víctimas de violaciones de derechos humanos, entre ellas: violación y abuso sexual perpetrados por otros usuarios o por el personal; esterilización forzada; encadenamiento a la cama sin limpiar durante largos períodos y, en algunos casos, encierro en jaulas; violencia y tortura; administración de tratamiento sin consentimiento informado; uso no modificado (es decir, sin anestesia o relajantes musculares) de la terapia electroconvulsiva³; saneamiento totalmente inadecuado; y privación de alimentos⁴. En un país europeo, fallecieron el año pasado en un hospital psiquiátrico 18 pacientes de diversas causas, entre ellas la malnutrición y la hipotermia.

10. Aunque los malos tratos son particularmente frecuentes en los grandes hospitales psiquiátricos y otras instituciones donde residen personas por largos períodos, es creciente también la información existente sobre las violaciones de derechos humanos de que son víctimas las personas con discapacidad mental en los servicios comunitarios. Inevitablemente, a medida que los países vayan adoptando un sistema de asistencia y apoyo basado en la comunidad, las violaciones cometidas en ese contexto serán más numerosas a menos que se establezcan salvaguardias adecuadas.

11. Es asimismo alarmante la elevada tasa de incidencia de las discapacidades mentales y de los suicidios en las cárceles. En muchos casos, las personas con grave discapacidad mental que no han cometido ningún delito o sólo una pequeña infracción son enviadas equivocadamente a la cárcel en vez de ser atendidas en un servicio psiquiátrico apropiado. Las condiciones reinantes en las prisiones -hacinamiento, falta de intimidad, aislamiento forzado y violencia- tienden a exacerbar las discapacidades mentales. Sin embargo, con frecuencia son escasas las posibilidades de recurrir a unos servicios, por rudimentarios que sean, que presten asistencia y apoyo psiquiátricos⁵. La jurisprudencia reciente es una muestra de las violaciones de toda una

³ The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment (CPT) has taken a strong stance against unmodified ECT; see CPT Standards: "Substantive" sections of the CPT's General Reports, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2003.

⁴ See Mental Disability Rights International (MDRI)/Asociación Pro Derechos Humanos, *Human Rights and Mental Health in Peru* (2004); Mental Disability Advocacy Centre, *Cage Beds: Inhumane and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries* (2003); Amnesty International, *Romania: Memorandum to the Government Concerning Inpatient Psychiatric Treatment* (2003).

⁵ See Human Rights Watch, *Ill-Equipped: U.S. Prisons and Offenders With Mental Illness* (2003).

serie de derechos humanos de que son víctimas las personas con discapacidad mental que se encuentran en detención⁶.

12. También otros grupos corren un riesgo particular. Por ejemplo, las mujeres con discapacidad mental se exponen de manera especial a la esterilización forzada y a la violencia sexual, que constituyen una violación de su derecho a la salud sexual y reproductiva⁷. Las minorías étnicas y raciales sufren a menudo discriminación en el acceso a los servicios de atención y apoyo psiquiátricos y en el tratamiento correspondiente. Las poblaciones indígenas están a menudo desatendidas, pues no hay servicios especializados en la prestación de servicios psiquiátricos a pesar de existir una acuciante necesidad de esos servicios, como se desprende de las crecientes tasas de suicidio y del número desproporcionado de indígenas internados en establecimientos psiquiátricos de alta seguridad.

13. Las discapacidades mentales son frecuentes en todos los países y repercuten a veces de manera dramática en la vida de los individuos y de sus familias. Además de las penosas limitaciones a que se ven a veces sometidas las personas afectadas, la estigmatización que acompaña diversas afecciones suele ocasionar la discriminación, lo cual a su vez conduce en ocasiones a su marginación. Es esta interacción entre las limitaciones personales y sociales lo que da lugar a la discapacidad, que a menudo priva a las personas afectadas de la igualdad de oportunidades para ejercer una amplia serie de derechos humanos y libertades fundamentales, entre ellos el derecho a la educación, al trabajo, al reconocimiento como persona ante la ley, a la intimidad, a la seguridad social, a una vivienda adecuada, a una nutrición apropiada y a la libertad. Cuando esos estigmas basados en la discapacidad vienen a sumarse a la discriminación sufrida por otros motivos, como son el género, la raza y el origen étnico, las personas afectadas están particularmente expuestas a la violación de sus derechos humanos.

14. La Organización Mundial de la Salud recomienda que los servicios de salud mental, incluidos los servicios de apoyo, se encuentren en la comunidad y estén integrados lo más posible dentro de los servicios generales de salud, incluida la atención primaria de salud, de acuerdo con el principio fundamental del tratamiento en un ambiente lo menos limitador posible⁸. Sin embargo, en muchos países en desarrollo la atención psiquiátrica no se dispensa de acuerdo con este modelo sino que está predominantemente centralizada y se proporciona en grandes hospitales psiquiátricos, de forma que la comunidad dispone de pocos servicios de atención y apoyo, cuando existen. Las personas con discapacidad mental y sus familias se encuentran en la difícil situación del tener que buscar tratamiento lejos del hogar y de la comunidad, lo cual priva a esas personas del derecho a vivir y trabajar en la medida de lo posible en un entorno comunitario. En muchos países, incluidos los desarrollados, la falta de servicios comunitarios accesibles y de viviendas sociales deja sin hogar a las personas con discapacidad mental, acentuando así su marginación.

⁶ See Human Rights Committee, *Clement Francis v. Jamaica* (1994); European Court of Human Rights (ECHR) *Keenan v. UK* (2001); Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) *Victor Rosario Congo v. Ecuador* (1998).

⁷ See K. Raye, *Violence, Women and Mental Disability* (MDRI, 1999).

⁸ World Health Report 2001, pp. 89-91.

15. Gracias al mejor conocimiento que se tiene de la discapacidad mental y a los nuevos modelos de servicios y sistemas de apoyo comunitarios, muchas personas con discapacidad mental, antes condenadas a vivir encerradas en instituciones, han demostrado que pueden llevar una vida plena y útil dentro de la comunidad. Personas que antes eran incapaces de tomar decisiones de manera autónoma han echado por tierra los estereotipos, mostrando que son capaces de vivir de manera independiente cuando cuentan con las debidas salvaguardias jurídicas y con servicios de apoyo apropiados. Además, muchas personas a las que antes se consideraba permanente o inherentemente limitadas después de un diagnóstico de grave trastorno mental han demostrado que la recuperación total es posible. Sin embargo, a pesar de esos avances considerables, los discapacitados mentales siguen siendo uno de los grupos más marginados y vulnerables en todos los países.

16. El presente capítulo tiene por objeto aclarar el derecho a la salud en relación con las personas que sufren discapacidad mental. Para ello se ha recurrido a muy diversas fuentes, en particular la jurisprudencia, los tratados internacionales de derechos humanos y los instrumentos internacionales especializados no vinculantes, como es la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual, recientemente adoptada. En sus recientes informes, el Relator Especial ha venido elaborando un método común para abordar las importantes y complejas cuestiones relativas al derecho a la salud, con miras a facilitar su comprensión. Con ese enfoque se examinan esas cuestiones desde la perspectiva de las libertades, las facultades, la no discriminación y la igualdad, la participación, la asistencia y la cooperación internacionales, la vigilancia y la rendición de cuentas, entre otros aspectos. En la sección I.A del presente informe se aplica ese enfoque común a la discapacidad mental, mientras que en la sección I.B se han elegido tres cuestiones específicas relacionadas con la discapacidad mental para un examen más detallado.

17. De acuerdo con su mandato, el Relator Especial se centra en los aspectos de la discapacidad mental relacionados con el derecho a la salud. Sin embargo, las personas con discapacidades mentales tienen derecho por supuesto al disfrute de todos sus derechos humanos.

Nota sobre la terminología

18. El examen de las cuestiones relativas a la salud mental y la discapacidad mental se complica al no haber acuerdo sobre la terminología más apropiada. Enfermedad mental, trastorno mental, incapacidad mental, discapacidad psiquiátrica, discapacidad mental, problemas psicosociales, discapacidad intelectual y varios otros términos y expresiones se utilizan todos ellos con diferentes connotaciones y matices de significación. La discapacidad intelectual, antes comúnmente denominada retraso o minusvalía mental, se denomina ahora a veces discapacidad del desarrollo. Además, algunas de esas expresiones son objeto de delicados e importantes debates, como ocurre con las expresiones "modelo médico" o "modelo social" del funcionamiento⁹.

19. Tras recabar la opinión de varios expertos, el Relator Especial ha decidido adoptar la expresión genérica "discapacidad mental". En el presente informe, la expresión "discapacidad mental" comprende las enfermedades mentales y los trastornos psiquiátricos principales,

⁹ See WHO, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2000.

como son: la esquizofrenia y el trastorno bipolar; las afecciones y trastornos mentales menores, a menudo denominados problemas psicosociales, por ejemplo los trastornos leves causados por la ansiedad; y las discapacidades intelectuales, por ejemplo las limitaciones originadas, entre otras causas, por el síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas, las lesiones cerebrales causadas antes o después del nacimiento o durante éste, y la malnutrición durante la primera infancia. La palabra "discapacidad" alude a toda una serie de deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación, ya sean permanentes o transitorias¹⁰.

20. En consecuencia, el Relator Especial emplea la expresión "discapacidad mental" cuando hace referencia a los derechos y libertades relacionados con el derecho a la salud que son de interés común para las personas con discapacidades mentales, sea cual fuere la clase de éstas, así como a los abusos de que suelen ser víctimas esas personas. Sin embargo, insiste en que esa expresión engloba una amplia gama de afecciones totalmente diferentes y sobre todo dos series de afecciones: las discapacidades psiquiátricas y las discapacidades intelectuales, que tienen causas y efectos distintos. Esas diferencias influyen decisivamente sobre la manera de interpretar el derecho a la salud y de garantizar su realización de forma que todas las personas con discapacidad mental disfruten de sus derechos humanos con arreglo a los principios de igualdad y no discriminación. Por razones de espacio no ha sido posible analizar en particular todas las afecciones diferentes bajo el prisma del derecho a la salud. En vez de ello, en la sección I.A se proponen algunas orientaciones generales sobre la discapacidad mental y el derecho a la salud, mientras que en la II.B se dedica especial atención, entre otras, a las personas con discapacidad intelectual.

21. Este capítulo es también de interés en relación con las personas a las que no se ha diagnosticado ninguna enfermedad mental, como son las personas a las que se administra un tratamiento porque dan la *impresión* de que tienen una enfermedad mental y las que sin tenerla son internadas en hospitales psiquiátricos por motivos políticos, culturales, sociales, económicos o de otra índole.

22. Además, el derecho a la salud mental no ofrece solamente interés en relación con las personas con discapacidad mental sino también con respecto a la población de manera más general. La salud mental es un elemento primordial de la buena salud, y el derecho a la salud mental lo es del derecho a la salud para todos. En algunos contextos, por ejemplo en los conflictos u otros desastres humanitarios, la carga que pesa sobre la salud mental de poblaciones enteras es particularmente gravosa. En un futuro informe sobre el derecho a la salud en el contexto de conflictos, el Relator Especial se propone dedicar su atención a los aspectos de los conflictos que afectan a la salud mental.

¹⁰ WHO, *ICF*.

A. Evolución de las normas y obligaciones

23. Antes de abordar la discapacidad mental y el derecho a la salud en el contexto de diversos tratados internacionales, el Relator Especial desea presentar algunos instrumentos internacionales especializados no vinculantes de interés fundamental en relación con este capítulo¹¹.

1. Algunos instrumentos internacionales no vinculantes

24. En los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, aprobados por la Asamblea General en 1991, se exponen detalladamente las normas mínimas que se deben respetar en lo que se refiere al derecho de los enfermos mentales a recibir atención sanitaria y a los derechos de cualesquiera otras personas que se encuentren en un servicio de atención psiquiátrica. Los 25 principios recogen una amplia serie de compromisos relacionados con: las normas de atención y tratamiento, incluido el derecho de los pacientes a ser tratados en un ambiente lo menos restrictivo posible; el derecho a la medicación; el consentimiento para el tratamiento; el tratamiento de los menores y los delincuentes; el examen de las admisiones involuntarias; el acceso a la información; las quejas, la vigilancia y los recursos; y otros aspectos. En los principios se adopta una postura enérgica y positiva en lo que respecta a la integración en la comunidad, reconociéndose entre otras cosas el derecho de toda persona con enfermedad mental a ser tratada y atendida, en la medida de lo posible, en la comunidad donde vive¹². Si bien algunos de los principios enuncian importantes derechos y normas, otros se prestan a controversia y ofrecen protección inadecuada, sobre todo en lo que respecta al consentimiento informado. (El Relator Especial vuelve a ocuparse de esta cuestión en la sección I.B.)

25. Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (las Normas Uniformes), aprobadas por la Asamblea General en 1993, contienen una amplia serie de compromisos destinados a asegurar la igualdad de oportunidades en todas las esferas para las personas con discapacidad. En esas 22 normas se enuncian detalladamente importantes principios relativos a la responsabilidad, la acción y la cooperación, en particular en relación con la atención de salud, la rehabilitación, los servicios de apoyo, la mayor toma de conciencia, la educación, el empleo, la vida en familia, las cuestiones normativas y la legislación. Es de señalar la atención particular que en ellas se concede al derecho a la participación de las personas con discapacidad, así como a la importante función que desempeñan las organizaciones que representan a esas personas¹³.

¹¹ Also see G. Quinn, T. Degener, *Human Rights and Disability, the Current Use and Future Potential of Human Rights Instruments in the Context of Disability* (HR/PUB/02/1, United Nations, 2002).

¹² Mental Illness Principle 7 (1). Also see E. Rosenthal and L. Rubenstein, *International Human Rights Advocacy under the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness*, 16 *International Journal of Law and Psychiatry* (1993).

¹³ See Standard Rule 14 (2).

26. En octubre de 2004, representantes estatales, organizaciones internacionales y representantes de la sociedad civil, incluidas las personas con discapacidad intelectual y sus familias, aprobaron la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual en una conferencia internacional organizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS. En resumen, en la Declaración se reconocen los derechos humanos de las personas con discapacidad intelectual, incluido el derecho a la salud, y la vinculación existente entre este y otros derechos.
27. Se ha aprobado una serie de otros instrumentos pertinentes e importantes, en particular el Programa de Acción Mundial relativo a los Impedidos, aprobado por la Asamblea General en 1982, la Declaración de Caracas (1990) de la OPS, la recomendación 1235 (1994) del Consejo de Europa sobre la psiquiatría y los derechos humanos y su recomendación Rec (2004) 10 sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales (2004)¹⁴.
28. En el centro de esos compromisos hay una serie de principios de derechos humanos interrelacionados que sientan las bases para la realización de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad, en particular la no discriminación y la igualdad, la participación y la autonomía, y el acceso a las garantías procesales, a los mecanismos de rendición de cuentas y a los recursos correspondientes.
29. Si bien los elementos de esos instrumentos son útiles y detallados, es preciso revisar algunos de ellos que son inadecuados, por ejemplo algunas disposiciones de los Principios para la protección de los enfermos mentales. Además, esos instrumentos no son vinculantes para los Estados. Entretanto, no se ha prestado suficiente atención al cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados en materia de derechos humanos en el contexto de la salud mental. Como se dice en un reciente informe del Secretario General, "sería deseable que se analizara más detalladamente la aplicación de las obligaciones estatales en materia de derechos humanos en las instituciones psiquiátricas"¹⁵.
30. Muchas de las disposiciones que figuran en los Principios para la protección de los enfermos mentales, en las Normas Uniformes, en la Declaración de Montreal y en otros compromisos relativos a las discapacidades mentales guardan estrecha relación con el derecho a la salud. El sentido común aconseja que, llegado el caso, esos instrumentos especializados se utilicen como guía interpretativa en relación con el derecho a la salud protegido en los tratados. Ésta es sin duda la opinión mantenida tras madura reflexión por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶. Por otra parte, diversos marcos conceptuales y otras enseñanzas resultantes del derecho a la salud reconocido en los tratados proporcionan orientaciones útiles en lo que respeta a los instrumentos internacionales no vinculantes

¹⁴ Adopted respectively by: General Assembly resolution 37/52; the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, convened by PAHO/WHO; and the Parliamentary Assembly of the Council of Europe.

¹⁵ A/58/181, para. 43.

¹⁶ CESCR, general comment No. 5, paras. 7 (b) and 34.

relacionados con la discapacidad mental. Bien comprendidos, los tratados internacionales generalizados de derechos humanos y los instrumentos internacionales especializados sobre las discapacidades mentales se refuerzan mutuamente, como se trata de mostrar en el resto del presente capítulo.

2. La discapacidad y el derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

31. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Aunque el Pacto no hace expresamente alusión a la discapacidad como motivo prohibido de discriminación, en las observaciones generales adoptadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se estima que el Pacto prohíbe la discriminación por ese motivo¹⁷. Otros tratados internacionales, entre ellos la Convención sobre los Derechos del Niño, determinados tratados regionales y diversas constituciones y legislaciones nacionales consagran el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud tanto física como mental y prohíben de manera explícita la discriminación por motivos de discapacidad.

32. El derecho a la salud no es un derecho a estar sano. Es el derecho a disponer de establecimientos, bienes y servicios y unas condiciones propicias para el disfrute del más alto grado posible de salud física y mental. Los Estados deben asegurar la disponibilidad de establecimientos, bienes, servicios y condiciones adecuadas para las personas con discapacidad mental de forma que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud. Además del derecho a esos establecimientos, bienes, servicios y condiciones, el derecho a la salud comprende determinadas libertades.

3. Logro progresivo de la efectividad y limitaciones de recursos

33. La efectividad del derecho a la salud física y mental en el plano internacional se logrará progresivamente y está condicionada por las limitaciones de recursos¹⁸. Esto tiene varias consecuencias importantes. Sencillamente, se espera de todos los Estados que actúen durante los cinco próximos años de manera más eficaz que como lo han hecho hasta la fecha (logro progresivo). Y lo que la ley exige a un Estado desarrollado es un nivel superior al que la ley exige a un país menos adelantado (limitaciones de recursos).

34. Se debe insistir, sin embargo, en el hecho de que el derecho internacional a la salud impone también algunas obligaciones con efecto inmediato. Por ejemplo, abarca el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin consentimiento previo. El ejercicio de esta libertad no está condicionado al logro progresivo de la efectividad del derecho ni a la disponibilidad de recursos. Al igual que la obligación de no discriminación, ese ejercicio es de aplicación inmediata.

35. Si bien muchos componentes del derecho a la salud física y mental están subordinados al logro progresivo de la efectividad y a la disponibilidad de recursos, es mucho lo que pueden

¹⁷ CESCR, general comment No. 5, para. 5; CESCR, general comment No. 14, paras. 18 and 26.

¹⁸ ICESCR, art. 2 (1).

hacer los países, incluso con recursos muy limitados, para lograr esa efectividad. Por ejemplo, incluso los países que disponen de muy pocos recursos pueden, entre otras cosas, incluir el reconocimiento, la atención y el tratamiento de las discapacidades mentales en los programas de formación de todo el personal de salud; promover campañas públicas contra los estigmas y la discriminación de que son víctimas las personas con discapacidad mental; apoyar la formación de grupos pertenecientes a la sociedad civil representativos de los usuarios de la atención psiquiátrica y de sus familias; formular políticas y programas modernos en la esfera de la discapacidad mental; reducir el tamaño de los hospitales psiquiátricos y, en la medida de lo posible, ampliar la prestación de asistencia dentro de la comunidad; y recabar activamente, en relación con las personas con discapacidad mental, la ayuda y la cooperación de los donantes y las organizaciones internacionales; etc.¹⁹.

36. En este capítulo se exponen numerosos ejemplos de lo que pueden hacer los Estados -en desarrollo y desarrollados- en relación con las personas con discapacidad mental y con el derecho a la salud. Pero, sobre todo, se indica la manera de abordar, analizar y comprender las discapacidades mentales bajo el prisma del derecho a la salud.

37. No es posible hacer en este capítulo un análisis pormenorizado de los conceptos relativos al logro progresivo de la efectividad y a la disponibilidad de recursos. Por ejemplo, los Estados están obligados a utilizar el *máximo* de sus recursos disponibles con miras al logro de la efectividad del derecho a la salud. Y el logro progresivo requiere recurrir a *indicadores y bases de referencia* para vigilar los progresos realizados en relación con las discapacidades mentales y el derecho a la salud. Habrá que examinar en otra ocasión estas y otras características de la disponibilidad de recursos y del logro progresivo de la efectividad²⁰.

4. Libertades

38. El derecho a la salud no sólo comprende facultades sino también libertades, incluida la de no ser discriminado. Entre las libertades de particular interés en relación con la experiencia de las personas, especialmente las mujeres, que padecen discapacidades mentales figuran el derecho a la libre disposición del cuerpo y al control de la salud. La esterilización forzada, la violación y otras formas de violencia sexual a las que se exponen las mujeres con discapacidad mental se hallan por esencia en contradicción con sus derechos y libertades relativos a la salud sexual y reproductiva. El Relator Especial señala que la violación y otras formas de violencia sexual son psicológica y físicamente traumáticas y repercuten negativamente en la salud mental.

39. Varios instrumentos internacionales de derechos humanos permiten, en circunstancias excepcionales, internar a una persona con discapacidad mental y sin su consentimiento en un hospital u otra institución designada²¹. No hay duda de que ese tipo de detención es una violación sumamente grave de la libertad de las personas con discapacidad, en particular de su

¹⁹ See, *World Health Report 2001*, pp. 112-115.

²⁰ For the Special Rapporteur's latest contribution about right-to-health approaches to indicators and benchmarks, see A/59/422.

²¹ See European Convention on Human Rights, art. 5 (1) (e) and Mental Illness Principle 16.

derecho a la libertad y la seguridad. Dada su gravedad, la legislación internacional y nacional sobre derechos humanos establece numerosas garantías procesales en relación con esa admisión involuntaria. Además, esas garantías están dando lugar a una jurisprudencia considerable, muy especialmente en las comisiones y tribunales regionales de derechos humanos²².

40. Por limitaciones de espacio, el Relator Especial no examinará esas garantías procesales, pero desea poner de relieve que en muchos países no se respetan esas garantías. En algunos de ellos, por ejemplo, las personas que sufren discapacidad mental son detenidas contra su voluntad sin recabar la opinión de un psiquiatra cualificado o internadas en instituciones inapropiadas²³. Además, no suelen tener acceso a los tribunales para denunciar su admisión involuntaria.

41. Un aspecto decisivo es el hecho de que el componente de libertad inherente al derecho a la salud, mencionado en estos párrafos, no está condicionada al logro progresivo de la efectividad ni a la disponibilidad de recursos. A menudo, la admisión involuntaria de las personas con discapacidad mental no sólo constituye una privación de libertad sino que va acompañada de la administración de un tratamiento médico sin el consentimiento informado del paciente. (Esta cuestión se examina en los párrafos 87 a 90 *infra*.)

5. Facultades

42. El derecho a la salud comprende la facultad de recurrir a la protección del sistema de salud, incluidos la atención sanitaria y los determinantes subyacentes de la salud, protección que debe brindar a toda persona una oportunidad igual de disfrutar del más alto nivel posible de salud. Como aspecto decisivo, los servicios de atención y apoyo -así como la atención médica- pueden desempeñar un papel fundamental para proteger la salud y la dignidad de las personas con discapacidad mental²⁴.

43. Los Estados deben adoptar medidas para asegurar una serie completa de servicios de atención y apoyo a la salud mental dentro de la comunidad que sean propicios para la salud, la dignidad y la integración, entre ellos medicación, psicoterapia, servicios ambulatorios, atención hospitalaria para casos agudos, instituciones residenciales, rehabilitación para personas con discapacidad psiquiátrica, programas destinados a lograr un grado máximo de independencia y aptitud para las personas con discapacidad intelectual, apoyo en materia de vivienda y empleo, sostenimiento de los ingresos, educación completa y apropiada para los niños con discapacidad

²² E.g., ECHR, *Winterwerp v. The Netherlands* (1979) and *E v. Norway* (1990). See, generally, L.O. Gostin and L. Gable, *The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health*, 63 Maryland Law Review (2004); L.O. Gostin, *Human Rights of Persons with Mental Disabilities: The ECHR*, 23 International Journal of Law and Psychiatry (2000); O. Lewis, *Protecting the rights of people with mental disabilities: the ECHR*, European Journal of Health Law 9 (4) (2002).

²³ ECHR, *Varbanov v. Bulgaria* (2000) and *Aerts v. Belgium* (1998); African Commission on Human and Peoples' Rights, *Purohit and Moore v. Gambia* (2001); IACHR, *Victor Rosario Congo v. Ecuador* (1998).

²⁴ Standard Rules 2-4.

intelectual, y asistencia temporal a las familias que atienden día y noche a las personas con discapacidad mental. De esta manera se podrá evitar su colocación innecesaria en instituciones.

44. El aumento de las intervenciones destinadas a asegurar la igualdad de oportunidades en el disfrute del derecho a la salud presupone la formación de un número suficiente de profesionales, en particular psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales en el sector psiquiátrico, ergoterapeutas, logopedas, terapeutas del comportamiento y especialistas en otras disciplinas, con miras a dispensar asistencia a los individuos con discapacidad mental y asegurar su plena integración en la comunidad. Convendría impartir formación a los médicos generalistas y otro personal de atención primaria en la asistencia psiquiátrica esencial, sensibilizándolos a las cuestiones relativas a la discapacidad para que se hallen en condiciones de dispensar atención de salud física y mental a las personas discapacitadas.

45. Además de hacer acreedor a la atención sanitaria, el derecho a la salud abarca los determinantes básicos de la salud, como son unas condiciones sanitarias adecuadas, el acceso al agua potable, una alimentación suficiente y una vivienda adecuada²⁵. Las personas con discapacidad mental se ven afectadas desproporcionadamente por la pobreza, que suele traer consigo la denegación de esos derechos. Además, las condiciones reinantes en los hospitales psiquiátricos y en otras instituciones en las que residen las personas con discapacidad mental, son a menudo totalmente inadecuadas desde ese punto de vista.

6. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad

46. El uso de marcos o instrumentos analíticos puede mejorar la comprensión de los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud. Un marco especialmente útil en el contexto de la acción normativa relacionada con el derecho a la salud es la situación en la que los servicios, bienes y establecimientos sanitarios, incluidos los determinantes básicos de la salud, están *disponibles* y son *accesibles, aceptables y de buena calidad*²⁶. Este marco analítico es aplicable a la atención de salud física y mental, así como a los servicios de apoyo conexos. Cada componente se halla en estrecha sinergia con las normas internacionales sobre la discapacidad mental:

- a) Las instalaciones, los bienes y los servicios asistenciales deben estar *disponibles* en número suficiente en todo el territorio del Estado. Es decir, debe haber un número suficiente de establecimientos y de servicios de apoyo relacionados con la salud mental, así como de personal médico y de otros profesionales capacitados para proporcionar esos servicios. En el caso de algunas personas que padecen determinadas discapacidades psiquiátricas, también se deberá disponer de un suministro adecuado de medicamentos esenciales, incluidos los medicamentos psicotrópicos esenciales que figuran en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS²⁷.

²⁵ CESCR general comment No. 14, para. 4.

²⁶ CESCR, general comment No. 14, para. 12.

²⁷ WHO, *Improving Access and Use of Psychotropic Medicines* (2004).

- b) La *accesibilidad* tiene cuatro aspectos. En primer lugar, los establecimientos, bienes y servicios de atención sanitaria, incluidos los servicios de apoyo, deben ser *accesibles física y geográficamente*, es decir, hallarse a una distancia física y geográfica razonable para las personas discapacitadas. Esto tiene consecuencias especialmente importantes para la prestación de asistencia dentro de la comunidad. En segundo lugar, los establecimientos, bienes y servicios de salud, incluidos los medicamentos psicotrópicos, deben ser *económicamente accesibles* (es decir, asequibles) para los usuarios. A menudo, los servicios de atención y apoyo psiquiátricos no se benefician de subvenciones estatales ni están cubiertos por el seguro de enfermedad, lo cual significa que no están al alcance de la mayoría de las personas que los necesitan. En tercer lugar, los servicios de atención de salud mental y física deben ser *accesibles sin discriminación* por cualquiera de los motivos prohibidos. A veces los Estados necesitan tomar medidas positivas para asegurar la igualdad de acceso a todos los individuos y grupos, entre ellos los grupos étnicos y raciales minoritarios que necesitan asistencia y apoyo. Los Estados deben asegurarse de que las personas con discapacidad reciban el mismo grado de atención médica dentro del mismo sistema que el resto de los miembros de la sociedad, y que no sufran discriminación debido a presunciones sobre su calidad de vida y su potencial²⁸. El cuarto aspecto tiene que ver con el *acceso a la información*. Esta facultad se deniega con frecuencia a las personas con discapacidad mental porque se considera equivocadamente que no son capaces de tomar o participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Las personas con discapacidad mental y los padres de los niños con este tipo de discapacidad deben tener acceso a la información sobre las cuestiones de salud (y de otra índole), incluidos el diagnóstico y el tratamiento²⁹.
- c) Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser culturalmente *aceptables* y respetuosos de la ética médica. Por ejemplo, los servicios de atención y apoyo psiquiátricos para los pueblos indígenas deberán respetar su cultura y sus tradiciones. De acuerdo con los Principios para la protección de los enfermos mentales, "todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales"³⁰. Además, "tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud"³¹. Por otra parte, el tratamiento y los cuidados "se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado"³². En algunos casos, por ejemplo el de grave discapacidad intelectual, participará en el examen el curador del paciente.

²⁸ Report of the Special Rapporteur on disabilities of the Commission for Social Development on his third mandate, 2000-2002, annex; E/CN.5/2002/4, para. 28.

²⁹ Annex, E/CN.5/2002/4, para. 30.

³⁰ Mental Illness Principle 7 (3).

³¹ Mental Illness Principle 8 (1).

³² Mental Illness Principle 9 (2).

- d) Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser de *buena calidad*, además de científica y médicamente apropiados. Ello presupone, entre otras cosas, personal médico y de otra clase especializado, intervenciones psicosociales basadas en datos fundamentados, medicamentos científicamente aprobados y no caducados, equipo de hospital apropiado, agua potable, y saneamiento adecuado. En el contexto de las discapacidades mentales, esto significa que, por ejemplo, hay que dar a los profesionales de la salud una formación apropiada en atención psiquiátrica y prever instalaciones sanitarias adecuadas en los hospitales psiquiátricos y otros servicios de apoyo.

7. Respetar, proteger y cumplir

47. Otro marco analítico útil son las obligaciones específicas que tienen los Estados, en virtud del derecho internacional, de respetar y proteger el derecho a la salud y darle plena efectividad. Mientras que el marco expuesto en los párrafos precedentes (disponibilidad, etc.) es especialmente útil en el contexto de la formulación de políticas, el marco relativo al respeto, a la protección y al cumplimiento es de especial utilidad para afinar el análisis jurídico del derecho a la salud, particularmente en relación con las discapacidades mentales³³.

48. La obligación de *respetar* significa que los Estados deben abstenerse de denegar o limitar la igualdad de acceso de las personas con discapacidad mental a los servicios asistenciales y a los determinantes básicos de la salud. Deberán velar asimismo por que no se deniegue el acceso de las personas discapacitadas residentes en instituciones públicas a los servicios de salud y otros servicios de apoyo conexos y a los determinantes básicos de la salud, incluidos el agua y el saneamiento³⁴.

49. La obligación de *proteger* significa que los Estados deben adoptar medidas para asegurar que los terceros no vulneren el derecho a la salud de las personas con discapacidad mental. Por ejemplo, los Estados deben tomar medidas para proteger a esas personas, en particular si son mujeres, adolescentes o miembros de otros grupos especialmente vulnerables, contra la violencia y otras violaciones relacionadas con el derecho a la salud cometidas en los servicios privados de atención sanitaria o de apoyo.

50. La obligación de *cumplir* exige que los Estados reconozcan el derecho a la salud, incluido el derecho a la salud de las personas con discapacidad mental, en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos, con miras a asegurar su realización efectiva. Para ello, los Estados deberán adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial, de fomento o de otra índole³⁵. Por ejemplo, los Estados deben asegurarse de que el derecho de la población al disfrute del más alto nivel posible de salud mental, así como el derecho a la salud de las personas con discapacidad mental, están adecuadamente reflejados en sus estrategias y planes de acción nacionales en materia de salud, así como en otras políticas

³³ CESCR, general comment No. 14, para. 33.

³⁴ Inter-American Commission on Human Rights, *Victor Rosario Congo v. Ecuador*, 1998.

³⁵ ICESCR, art. 2.1, general comment No. 14, para. 36.

pertinentes, como son las estrategias destinadas a reducir la pobreza, y en el presupuesto nacional³⁶. El Relator Especial señala la importancia de adoptar leyes, políticas, programas y proyectos en materia de salud mental que consagren los derechos humanos y habiliten a las personas con discapacidad para tomar las decisiones que afectan a sus vidas; de dispensar protección jurídica para establecer (y asegurar el acceso a) establecimientos psiquiátricos de calidad, así como servicios de atención y apoyo; de establecer sólidos mecanismos de procedimiento para la protección de las personas con discapacidad mental; de asegurar la inserción de esas personas en la comunidad; y de promover la salud mental en toda la sociedad³⁷. En la carta de derechos de los enfermos deberán ir comprendidos los derechos humanos de las personas con discapacidad mental. Los Estados deben velar asimismo por que se facilite el acceso a la información relativa a sus derechos humanos a esas personas y a sus curadores, así como a otras personas que puedan hallarse internadas en hospitales psiquiátricos.

8. No discriminación e igualdad

51. La legislación internacional sobre derechos humanos proscribe la discriminación en el acceso a la atención sanitaria y a los determinantes básicos de la salud, así como a los medios disponibles para su obtención, por motivos relacionados con la discapacidad física o mental y el estado de salud, entre otros motivos³⁸.

52. El disfrute efectivo del derecho a la salud de las personas con discapacidad mental sigue limitado por diversas formas de estigma y discriminación. Por ejemplo, esas personas sufren discriminación en el acceso a los servicios de salud generales o se enfrentan a actitudes estigmatizadoras en esos servicios, lo que puede disuadirlas de recabar siquiera los primeros cuidados. Los estigmas y la discriminación dentro de la comunidad, en las escuelas y en los lugares de trabajo pueden representar también un obstáculo para las personas que buscan apoyo social, diagnóstico y tratamiento.

53. Si bien en la mayoría de los casos la familia ofrece a los miembros con discapacidad mental un entorno en el que reciben afecto y apoyo, en algunos casos la estigmatización puede conducir al internamiento inapropiado de las personas con discapacidad mental en contra de su voluntad, a veces en establecimientos que no disponen de instalaciones adecuadas para su tratamiento y en los que corren peligro su dignidad y otros derechos humanos.

54. Toda decisión de aislar o segregar a las personas con discapacidad mental, incluido el internamiento innecesario, es por esencia discriminatoria y contraria al derecho a integrarse en la comunidad previsto en las normas internacionales³⁹. Por sí solos, la segregación y el aislamiento pueden reforzar los estigmas que rodean la discapacidad mental. En la sección I.B, el Relator Especial aborda de nuevo la cuestión relativa a la asistencia dispensada dentro de la comunidad.

³⁶ WHO, *Mental Health Policy, Plans and Programmes* (2004).

³⁷ WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* (2005).

³⁸ See para. 31 above.

³⁹ CESCR, general comment No. 5, para .15.

55. La falta de información precisa sobre la discapacidad mental, así como de servicios de apoyo adecuados, suele fomentar ese tipo de decisiones. La difusión de información sobre la discapacidad mental y los derechos humanos de las personas discapacitadas es una estrategia importante para combatir los estigmas y la discriminación. Los Estados tienen la obligación de "impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad"⁴⁰. Formar al personal que trabaja en el sector de la salud y en otros sectores conexos para sensibilizarlo a los problemas relativos a los derechos humanos y la discapacidad es también indispensable para asegurar la igualdad de acceso a la atención sanitaria y el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas con discapacidad mental al dispensar esa atención.

56. En virtud de la normativa internacional sobre derechos humanos, los Estados no sólo tienen el deber de prohibir la discriminación, sino también la obligación expresa de asegurar la igualdad de oportunidades para el disfrute del derecho a la salud en el caso de las personas con discapacidad mental. Por ejemplo, además de habilitarlas para beneficiarse de los mismos servicios de salud que otros miembros de la sociedad, el derecho a la salud habilita a las personas discapacitadas para recurrir a los servicios médicos y sociales que promueven su independencia y autonomía, previenen nuevas discapacidades y favorecen su inserción social⁴¹.

57. Ello puede exigir medidas especiales para determinados grupos. Por ejemplo, los Estados deben asegurar que los adolescentes con discapacidad mental o problemas psicosociales tengan acceso a unos servicios que respondan a sus necesidades particulares⁴². El Comité de los Derechos del Niño ha subrayado la importancia especial que debe concederse a atender en particular, entre otras, las necesidades especiales relacionadas con la sexualidad de los adolescentes con discapacidades⁴³.

58. Una asignación inadecuada de recursos puede dar lugar a discriminación por inadvertencia⁴⁴. Como aspecto decisivo, el bajo nivel de las asignaciones presupuestarias que la mayoría de los países destinan a la salud mental constituye un obstáculo importante al disfrute del derecho a la salud en igualdad de oportunidades por las personas con discapacidad mental.

9. Participación

59. En virtud de la normativa internacional sobre derechos humanos, la población tiene derecho a participar en el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos local, nacional e internacional⁴⁵. El derecho de las personas con

⁴⁰ CESCR, general comment No. 14, para. 44 (d).

⁴¹ CESCR, general comment No. 5, para. 34.

⁴² CRC, general comment No. 4, para. 22.

⁴³ CRC, general comment No. 4, para. 35; UN Standard Rule 9 (2).

⁴⁴ CESCR, general comment No. 14, para. 19.

⁴⁵ CESCR, general comment No. 14, para. 11.

discapacidad mental a participar en el proceso de adopción de decisiones que afectan a su salud y desarrollo, así como en todos los aspectos de la prestación de servicios, forma parte integrante del derecho a la salud y está enunciado en las Normas Uniformes y en la Declaración de Montreal⁴⁶. Algunas personas con discapacidad mental tienen dificultad para tomar decisiones o dar a conocer sus preferencias, en cuyo caso deberán recibir el apoyo necesario.

60. Es fundamental que las personas con discapacidad mental y las organizaciones que las representen puedan participar en todas las etapas del proceso de elaboración, aplicación y vigilancia de la legislación, las políticas, los programas y los servicios relativos al apoyo psiquiátrico y social, así como de las políticas y los programas de carácter más general, incluidas las estrategias destinadas a reducir la pobreza, que afecten a esas personas. Los Estados deben solicitar expresamente su contribución. Como dispensadores de cuidados y apoyo, los miembros de la familia pueden aportar también una contribución importante en los procesos legislativo y normativo, así como en las decisiones relativas a la asistencia. Para asegurar que se tengan en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad mental será útil lograr la participación de los usuarios de los servicios psiquiátricos, así como de sus familias y organizaciones representativas, y tener en cuenta sus perspectivas en el planeamiento y la ejecución de todas las iniciativas pertinentes.

61. Aun cuando en las Normas Uniformes y en la Declaración de Montreal se considera particularmente importante lograr la participación de las organizaciones representativas, como son los grupos de apoyo mutuo y de autoayuda, en muchas partes del mundo no están bien desarrolladas las organizaciones de personas con discapacidad⁴⁷. Con el fin de asegurar la observancia de lo dispuesto en esos instrumentos internacionales, los Estados deberían favorecer el desarrollo y fortalecimiento de los grupos que defienden a las personas con discapacidad mental. En una reciente publicación de la Organización Mundial de la Salud se proporcionan orientaciones útiles a este respecto para los ministerios de salud⁴⁸.

10. Asistencia y cooperación internacionales

62. Además de las obligaciones que les incumben en el plano nacional, los Estados tienen la responsabilidad, en virtud de lo dispuesto por el párrafo 1 del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 4 de la Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros instrumentos, de adoptar medidas de asistencia y cooperación internacional con miras a lograr la efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud. Esa responsabilidad, que incumbe en particular a los Estados desarrollados, es también exigible en virtud de los compromisos suscritos en recientes conferencias mundiales, entre ellos los asumidos en la Cumbre del Milenio y el objetivo de

⁴⁶ Standard Rules 14 and 18; Montreal Declaration, para. 6.

⁴⁷ Standard Rules 14 (2) and 18; Montreal Declaration, para. 9 (d).

⁴⁸ WHO, *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health* (2003), p. 5.

desarrollo 8 del Milenio, que el Relator Especial examina en su segundo informe a la Asamblea General⁴⁹.

63. Los Estados deben respetar el derecho a la salud en otros países, velar por que en las medidas que adopten como miembros de organizaciones internacionales se tenga en cuenta el derecho a la salud, y ayudar de manera especial a otros Estados en su acción encaminada a alcanzar como mínimo los niveles esenciales de salud.

64. Los servicios de atención y apoyo psiquiátricos no son una prioridad en materia de salud para los donantes. Cuando éstos han prestado asistencia financiera, ha sido a veces para apoyar programas inadecuados, como es la reconstrucción de establecimientos psiquiátricos construidos muchos años atrás de acuerdo con ideas sobre la discapacidad mental actualmente desacreditadas. Al financiar esa reconstrucción los donantes hacen que se perpetúen por inadvertencia y durante muchos años unos enfoques sumamente inadecuados sobre la discapacidad mental. Es además inaceptable financiar programas que desplazan los establecimientos psiquiátricos a lugares aislados, lo que hace imposible el mantenimiento o el desarrollo de los lazos que deben existir entre los usuarios y la comunidad⁵⁰. Si un donante desea proporcionar asistencia para los niños con discapacidad intelectual, puede hacerlo financiando servicios comunitarios destinados a ayudar a los niños y a sus padres, con lo cual los niños permanecerán en el hogar, en vez de financiar nuevas instalaciones en una institución remota a la que los padres, por falta de medios, sólo podrán ir una vez al mes en el mejor de los casos⁵¹.

65. El Relator Especial insta a los donantes a que estudien la posibilidad de proporcionar más apoyo, y de mejor calidad, en la esfera de la discapacidad mental. En virtud de la responsabilidad que les incumbe en materia de asistencia y cooperación internacionales, los donantes deberían respaldar toda una serie de medidas, por ejemplo: ayuda para establecer servicios comunitarios apropiados de asistencia y apoyo; ayuda a las personas con discapacidad mental, a sus familias y a las organizaciones que las representan para que puedan defender sus intereses; y suministro de asesoramiento normativo y técnico. Los donantes deben velar por que todos sus programas favorezcan la igualdad y la no discriminación de las personas con discapacidad mental. Algunos organismos están dirigiendo ya su atención hacia estas cuestiones⁵². Por ejemplo, la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo

⁴⁹ See A/59/422; Standard Rules 21 and 22 on International Cooperation.

⁵⁰ See, for example, MDRI, *Not on the Agenda: Human Rights of People With Mental Disabilities in Kosovo* (2002).

⁵¹ Eric Rosenthal, et al., *Implementing the Right to Community Integration for Children with Disabilities in Russia: A Human Rights Framework for International Action*, 4 Health and Human Rights: An International Journal (2000).

⁵² National Council on Disability, *Foreign Policy and Disability* (2003).

Internacional exige ahora a todos los solicitantes de financiación que demuestren que las personas con discapacidad podrán tener fácil acceso a sus programas⁵³.

66. Otro aspecto de la asistencia y la cooperación internacionales es el papel que desempeñan ciertos organismos internacionales en la prestación de apoyo técnico. A este respecto, el Relator Especial manifiesta su satisfacción por el excelente apoyo técnico que proporcionan organizaciones como la OMS y la OPS, así como por los excelentes manuales y guías que han publicado sobre legislación y formulación de políticas, incluidos los aspectos relativos a los derechos humanos⁵⁴.

11. Vigilancia y rendición de cuentas

67. Los derechos humanos otorgan derechos a unos -las personas y las comunidades-, e imponen obligaciones jurídicas a otros. Es fundamental que los derechos y obligaciones conlleven la rendición de cuentas: sin un sistema de rendición de cuentas que los apoye, podrían convertirse en meras apariencias. En consecuencia, el enfoque del derecho a la salud basado en los derechos humanos pone de relieve las obligaciones y exige que todos los que tienen obligaciones rindan cuenta de su conducta. Esto se aplica en relación con los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales. De hecho, dada la extrema vulnerabilidad de algunas de esas personas, la disponibilidad de mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas que sean eficaces, transparentes y accesibles reviste una importancia capital⁵⁵.

68. Una de las medidas más urgentes que deberán adoptar muchos Estados para facilitar la realización efectiva del derecho a la salud de las personas con discapacidad mental y de otros individuos que puedan hallarse internados en hospitales psiquiátricos consiste en reforzar la vigilancia y la rendición de cuentas en los planos nacional e internacional.

69. **En el plano nacional.** En muchos países no existe un sistema de vigilancia constante e independiente de la situación en materia de salud mental. La vulneración del derecho a la salud y de otros derechos humanos pasa inadvertida con demasiada frecuencia. Eso ocurre no sólo en los grandes hospitales psiquiátricos sino también en contextos comunitarios. En los Principios para la protección de los enfermos mentales se insiste en que "los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer

⁵³ See Consolidated Appropriations Act, 2005, Part D (Foreign Operations), Sec. 579.

⁵⁴ See WHO, *Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* (2005); E. Rosenthal and C. Sundram, *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation* (WHO: 2004); Modules included in the WHO *Mental Health Policy and Service Guidance Package* (www.who.int).

⁵⁵ For some comments on accountability see the Special Rapporteur's second report to the General Assembly, paras. 36-46, A/59/422, 2004.

procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes"⁵⁶.

70. Esta falta de vigilancia plantea un doble problema, pues las personas con discapacidad mental, ya se hallen internadas en instituciones o vivan en la comunidad, no suelen tener acceso a mecanismos de rendición de cuentas independientes y eficaces en caso de violación de sus derechos humanos. Esto puede suceder por diversas razones, entre ellas las siguientes: la gravedad de la afección que padecen, que les priva de la posibilidad de proteger sus intereses de manera independiente recurriendo a los tribunales; la inexistencia de garantías procesales eficaces, como es el reconocimiento de toda persona carente de capacidad legal a ser asistida por un representante personal; la falta de acceso a la asistencia jurídica; y el desconocimiento de sus derechos humanos y otras facultades. En algunos casos no existe siquiera un mecanismo independiente de rendición de cuentas.

71. Además de la importancia decisiva de contar con mecanismos de vigilancia eficaces, el Relator Especial subraya el papel fundamental que deben desempeñar los procedimientos para la rendición de cuentas y los recursos en relación con la discapacidad mental, en particular en lo que respecta al acceso a los servicios de asistencia y apoyo, a la discriminación y a la participación. Las personas con discapacidades mentales, u otras personas apropiadas, deberán poder recurrir a un órgano de revisión independiente encargado de examinar periódicamente los casos de admisión y tratamiento involuntarios⁵⁷. Es imperativo que ese órgano de revisión independiente pueda anular la decisión de admitir a un paciente contra su voluntad si llega a la conclusión de que seguir reteniéndolo es inapropiado o innecesario. Las personas con discapacidad mental deben disponer de todas las garantías procesales previstas en los Principios para la protección de los enfermos mentales y en otros instrumentos⁵⁸. Un órgano de revisión debería poder examinar también los casos en los que se ha intentado internar a un paciente, aunque su admisión haya sido denegada.

72. A menos que exista ya tal mecanismo, el Relator Especial insta a los Estados a que estudien con carácter de urgencia la posibilidad de establecer una institución nacional de derechos humanos independiente cuyo mandato incluya la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental. Esa institución debería tener amplias facultades para llevar a cabo investigaciones, efectuar indagaciones públicas y pronunciarse sobre las quejas. Dotado de recursos adecuados, debería actuar de conformidad con los Principios de París e informar anualmente al parlamento. Cuando proceda, los Estados quizá estimen oportuno solicitar ayuda del Programa de Cooperación Técnica del ACNUDH para establecer un organismo de esa naturaleza.

73. **En el plano internacional.** Existe sin duda toda una serie de normas internacionales detalladas referentes a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental. Sin embargo, la inobservancia de esas normas sigue planteando problemas notables. Si bien

⁵⁶ Mental Illness Principle 22.

⁵⁷ Mental Illness Principle 17.

⁵⁸ Mental Illness Principles 11 and 18.

es importante identificar las normas internacionales aplicables, el verdadero objetivo sigue siendo su aplicación efectiva. Aunque la vigilancia internacional de las Normas Uniformes ha sido encomendada al Relator Especial de la Comisión de Desarrollo Social para la vigilancia y la aplicación de las Normas Uniformes, los Principios para la protección de los enfermos mentales no establecen un mecanismo de vigilancia o de rendición de cuentas.

74. No obstante, en los tratados internacionales de derechos humanos, incluidos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos hacen extensiva la protección a las personas con discapacidad mental. El Relator Especial alienta a los Estados a conceder mayor atención al derecho a la salud de las personas con discapacidad mental en los informes que presenten como Estados Partes en esos instrumentos. A su vez, se debe estimular a los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos a que den más prioridad a estas cuestiones en sus discusiones con los Estados Partes, en sus observaciones finales y en sus observaciones o recomendaciones generales. Se debe alentar asimismo a las organizaciones de la sociedad civil pertinentes, incluidos los representantes de las personas con discapacidad mental, a entablar diálogo con los órganos creados en virtud de tratados y de participar en los procedimientos especiales de la Comisión de Derechos Humanos.

75. En 2001, la Asamblea General aprobó una resolución en la que decidió establecer un Comité especial para que examinara propuestas relativas a una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. El Relator Especial acoge con beneplácito esa evolución, así como la participación activa de las organizaciones de personas con discapacidad mental en ese proceso. Destaca la importancia de que esa convención refuerce -y no debilite- las actuales normas relativas al derecho de las personas con discapacidad mental y prevea el establecimiento de un procedimiento eficaz para la vigilancia y la rendición de cuentas⁵⁹.

B. Cuestiones específicas

76. Mientras que en la sección I.A se examina en términos generales la discapacidad mental bajo el prisma del derecho a la salud, en la sección I.B se analizan tres cuestiones específicas relativas a esa discapacidad: la discapacidad intelectual, el consentimiento al tratamiento y el derecho a la integración en la comunidad. Por supuesto, hay muchas otras cuestiones específicamente relacionadas con la discapacidad mental que requieren un atento examen. Además, las tres cuestiones seleccionadas merecen un trato mucho más detenido del que aquí reciben. La finalidad perseguida en los párrafos siguientes es muy modesta: poner brevemente de relieve tres cuestiones fundamentales desde la perspectiva de la discapacidad mental y del derecho a la salud.

⁵⁹ For information on the draft Convention and the drafting process, see www.un.org/esa/socdev/enable/.

1. La discapacidad intelectual

77. Durante años, la comunidad de derechos humanos tuvo tendencia a descuidar a las personas con discapacidad. Dentro de este grupo, los discapacitados mentales solían estar especialmente marginados. Las más desatendidas de las personas con discapacidad mental eran las que padecían una discapacidad intelectual⁶⁰. Dicho de otro modo, durante muchos años las personas con discapacidad intelectual fueron relegadas a vivir al margen de la sociedad. Más recientemente, se han realizado algunos progresos en el intento por poner remedio a esa situación inadmisibles. No obstante, tras las investigaciones efectuadas para el presente informe, el Relator Especial tiene la impresión de que las personas con discapacidad intelectual siguen figurando entre los miembros más olvidados -los más "invisibles"- de sus comunidades. Este olvido se observa en la sociedad en general, entre las profesiones de la salud, y dentro de la comunidad de derechos humanos.

78. La discapacidad intelectual "es un estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente, caracterizado por el deterioro de las habilidades y de la inteligencia en general en terrenos como las funciones cognitivas, el lenguaje y las capacidades motoras y sociales"⁶¹. En resumen, el rasgo característico de esta discapacidad es un nivel de funcionamiento intelectual menor del normal⁶². Existen numerosas diferencias entre las personas con discapacidad intelectual en lo que respecta a la comprensión, las aptitudes para la comunicación, sus preocupaciones, sus motivos de desasosiego y su funcionamiento, por lo cual es especialmente arriesgado generalizar las prescripciones. La discapacidad intelectual es distinta de la discapacidad psiquiátrica por sus causas y efectos y por las necesidades del paciente. Es un error considerar la discapacidad intelectual como enfermedad, pero lo que preocupa al Relator Especial es la relación entre las personas con discapacidad intelectual y su derecho a la salud.

79. A pesar de esas diferencias, las personas aquejadas de uno u otro tipo de discapacidad mental -intelectual o psiquiátrica- están expuestas a no pocas violaciones similares de sus derechos humanos, aunque, dada su capacidad variable para proteger sus intereses sin ayuda exterior, las personas con discapacidad intelectual suelen ser especialmente vulnerables. Pueden serlo también en diferentes contextos. Por ejemplo, la discapacidad intelectual se ha tomado como pretexto para denegar el acceso a ciertos procedimientos médicos como los trasplantes de órganos y los tratamientos que pueden salvar la vida del recién nacido⁶³. Este tipo de

⁶⁰ E.g., the *Mental Illness Principles* focus on psychiatric disability. There is a more extensive body of case law on psychiatric disability. However, two important regional cases concerning intellectual disability are ECHR, *HL v. UK* (2004), and European Committee of Social Rights, *Autism-Europe v. France* (2002).

⁶¹ *World Health Report 2001*, p. 35. Also see WHO, *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* (1992).

⁶² Although a diagnosis is made only if also associated with a diminished ability to adapt to the daily demands of the normal social environment, see *World Health Report 2001*, p. 35.

⁶³ M. Rioux, *On Second Thought*, in S. Herr, L. Gostin, H. Koh, *The Human Rights of Persons with Intellectual Disabilities* (2003).

razonamiento es por esencia discriminatorio y tiene consecuencias importantes para el derecho a la salud y la vida. Se ha recurrido excesiva y abusivamente a la curatela en contextos médicos y de otro tipo, llegándose a veces al extremo de internar en instituciones psiquiátricas a las personas con discapacidad intelectual⁶⁴. Esto es médica y socialmente inadecuado, además de incompatible con los derechos a la salud, a la autonomía, a la participación, a la no discriminación y a la inserción social de las personas con discapacidad intelectual.

80. Las personas, y en particular los niños, con discapacidad intelectual se exponen a toda una serie de complicaciones de salud particularmente relacionadas con su afección. En algunos casos no son capaces de aprender a comportarse sanamente. Por esa razón puede ser especialmente difícil distinguir entre sus necesidades y derechos en materia de salud, educación, desarrollo u otros aspectos. En el caso de los niños con discapacidad intelectual, el objetivo consistirá, como se expresa en la Convención de los Derechos del Niño, en que el niño "logre la integración social y el desarrollo individual [...] en la máxima medida posible"⁶⁵.

81. Las necesidades de apoyo y asistencia de las personas con discapacidad intelectual y de sus familias están desatendidas en la mayoría de los países del mundo, y tal vez en todos. Las personas con discapacidad intelectual necesitan a menudo servicios de apoyo especializados y adaptados a sus necesidades individuales. Entre ellos cabe mencionar los relacionados con la rehabilitación, la logopedia, la ergoterapia, la fisioterapia y la terapia del comportamiento. Junto con otros determinantes de la salud, como la vivienda, la nutrición y la educación adecuadas, velar por la accesibilidad de esos servicios desempeña un papel importante para asegurar la igualdad de oportunidades en el ejercicio del derecho a la salud (y de otros derechos humanos) de las personas con discapacidad intelectual. También es fundamental prestar apoyo a las familias de las personas que padecen grave discapacidad intelectual, dada la pesada carga que pueden suponer para ellas los cuidados y la ayuda a esos pacientes. Para algunos de éstos y sus familias, el acceso a una pequeña residencia comunitaria abierta, dotada de personal estable y servicios de apoyo especializados puede ofrecer un entorno adecuado.

82. En la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual, adoptada en 2004, se enuncian las normas de derechos humanos relativas a la discapacidad intelectual, incluido el derecho a la salud. Según la Declaración, "en el contexto de las personas con discapacidades intelectuales, el derecho a la salud debe ejercerse asegurando la inclusión social, una calidad de vida adecuada, el acceso a experiencias educativas adaptadas, el acceso a un trabajo justamente remunerado y el acceso a servicios integrados en la comunidad"⁶⁶. La Declaración enuncia asimismo otras normas importantes, como son las relativas a la toma de decisiones apoyada. En resumen, la Declaración es un primer paso importante para acabar con la marginación de las personas con discapacidad intelectual en relación con el derecho a la salud y con sus demás derechos humanos.

⁶⁴ S. Herr, *Alternatives to Guardianship*, in Herr et al. (2003).

⁶⁵ Art. 23 (3).

⁶⁶ Para. 4.

2. El derecho a la integración en la comunidad

83. Como se ha subrayado en otras partes de este informe, el tratamiento y la atención suelen dispensarse lejos del hogar y del lugar de trabajo de las personas con discapacidad mental, que además no disponen de servicios de apoyo comunitarios. Esto constituye una denegación de su derecho a vivir y trabajar, así como a recibir tratamiento y pleno apoyo, dentro de la comunidad en la medida de lo posible.

84. En la normativa moderna sobre la discapacidad mental se insiste mucho en la importancia de dispensar tratamiento, atención y apoyo dentro de la comunidad, hecho que parece estar relacionado con la tendencia a considerar los servicios psiquiátricos como parte de la atención primaria de salud. En la Declaración de Caracas (1990), por ejemplo, se promueve como objetivo primordial la integración de servicios comunitarios en las redes de asistencia social y sanitaria. Un elemento del doble objetivo propuesto en la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, adoptada en 1999, consiste en propiciar la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad. En los Principios para la protección de los enfermos mentales se alude expresamente al "derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad" (principio 3), al "derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad" (primer párrafo del principio 7) y al "derecho a regresar a la comunidad lo antes posible" cuando el tratamiento y la atención no puedan dispensarse de otra manera (segundo párrafo del principio 7).

85. Derivado del derecho a la salud y de otros derechos humanos, el derecho a la integración comunitaria es de aplicación general a todas las personas con discapacidad mental. Esa integración permite una mejor protección de su dignidad, autonomía, igualdad y participación en la sociedad. Ayuda a evitar la institucionalización, que puede exponer a las personas con discapacidad mental a violaciones de sus derechos humanos y dañar su salud como consecuencia de la carga mental que suponen la segregación y el aislamiento. La integración en la comunidad es también una estrategia importante para acabar con los estigmas y la discriminación de que son víctimas las personas con discapacidad mental.

86. Por consiguiente, segregar y aislar de la sociedad a las personas con discapacidad mental es incompatible con el derecho a la salud, así como con el derecho consiguiente a la integración comunitaria, a menos que ello esté justificado por consideraciones objetivas y razonables, tenga fundamento legal y sea objeto de un examen y un fallo independientes.

3. El consentimiento al tratamiento

87. El consentimiento al tratamiento es una de las cuestiones de derechos humanos más importantes en relación con la discapacidad mental. Si bien esta cuestión suele considerarse en relación con el derecho a la libertad y la seguridad de la persona, se considera con menos frecuencia en el contexto del derecho a la salud. Sin embargo, el consentimiento al tratamiento está estrechamente relacionado con un elemento fundamental del derecho a la salud: el control de la salud y la libre disposición del cuerpo.

88. Según se establece en los Principios para la protección de los enfermos mentales, no se administrará ningún tratamiento sin el consentimiento informado⁶⁷, lo cual concuerda con otros principios fundamentales de la normativa internacional sobre derechos humanos, como es el principio de autonomía del individuo. Ahora bien, esa disposición central de los Principios está sometida a numerosas excepciones y restricciones que, dada su complejidad, no es posible analizar aquí. En la práctica, su efecto combinado priva al derecho al consentimiento informado de casi todo su significado.

89. Según la experiencia del Relator Especial, las decisiones de administrar tratamiento sin consentimiento previo se basan con frecuencia en consideraciones inapropiadas. Por ejemplo, a veces se adoptan en el contexto de ignorancia o estigmatización que rodea la discapacidad mental, y por razones de oportunismo o por la indiferencia del personal asistencial. Esto es por esencia incompatible con el derecho a la salud, con la prohibición de la discriminación por motivo de discapacidad y con otras disposiciones de los Principios para la protección de los enfermos mentales.

90. En estas circunstancias, es particularmente importante respetar y aplicar rigurosamente las garantías procesales del derecho al consentimiento informado. Como actualmente no se respetan ni aplican, el Relator Especial recomienda que se reexamine urgentemente esta importante cuestión relativa al derecho a la salud con miras a proteger mejor, a nivel internacional y nacional, el derecho al consentimiento informado.

II. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

91. La discapacidad mental se ha desatendido en numerosos frentes. Muchos Estados no han dedicado recursos suficientes en su presupuesto a los servicios de atención y apoyo psiquiátricos y no han elaborado políticas, leyes y programas adecuados. Algunos son responsables de haber establecido sistemas asistenciales en los que la violación de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental es más probable que la realización progresiva de esos derechos. Tradicionalmente, las organizaciones internacionales apenas han prestado atención a la salud mental, aun cuando tanto la OMS como la OPS han realizado importantes progresos en sus esfuerzos encaminados a corregir ese desequilibrio. Los donantes rara vez han apoyado a las personas con discapacidad mental en sus políticas en general o en las políticas que pueden repercutir en esas personas, aunque se observan indicios de que también en esta esfera está empezando a cambiar la situación. Las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las asociaciones de personas actual o anteriormente afectadas por la discapacidad mental, han realizado notables progresos promoviendo debates sobre las cuestiones relativas a la discapacidad mental y a los derechos humanos, a pesar de lo extendidas que están la discriminación y la estigmatización.

92. Además, se está avanzando considerablemente en la comprensión de estas cuestiones, así como en la elaboración de medidas apropiadas de apoyo a las personas con discapacidad. Esto brinda mayores oportunidades a esas personas para llevar una vida

⁶⁷ Principle 11. See also A/58/181.

digna y disfrutar de un grado máximo de autonomía, participación e integración en la sociedad. Es fundamental que en las políticas y la legislación se preste una atención mayor a la discapacidad mental, si se desea que esos logros se utilicen de forma que las personas con discapacidad mental puedan disfrutar efectivamente de sus derechos humanos, incluido el derecho a la salud.

93. El Relator Especial recomienda que los Estados promuevan e intensifiquen la adopción de iniciativas legislativas y de política en materia de discapacidad mental con objeto de asegurar el ejercicio del derecho a la salud y de otros derechos humanos de las personas con discapacidad mental. Cuando sea oportuno, deberán solicitar la cooperación técnica de la OMS o de la OPS, así como el apoyo financiero de los donantes. Deberán dedicar una parte mucho más importante de sus presupuestos de salud a la salud mental con miras a asegurar la prevención y dispensar tratamiento y asistencia dentro de la comunidad. También deberán dar mayor prioridad a la vigilancia de los servicios de atención y apoyo psiquiátricos, así como al establecimiento de sólidos mecanismos de rendición de cuentas que ofrezcan oportunidades adecuadas a las personas con discapacidad mental para exigir reparación. Todas éstas y otras medidas pertinentes deberían estar basadas en un planteamiento de derechos humanos que incluya la participación, la autonomía, la dignidad y la inserción social.
