

DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN A LA VIDA EN COMUNIDAD



Violencias del encierro,
alternativas basadas en
comunidad y Justicia Disca en
Colombia y América Latina

De la institucionalización a la vida en comunidad

*Violencias del encierro, alternativas basadas en comunidad y Justicia
Disca en Colombia y América Latina*

Autoría

Maria José Montoya Lara
Ana María Barragán Díaz
Pao Pereira Ortiz

Colaboración en la escritura

Ana María Parra Figueroa
Grecia Guzmán Martínez
Margarita Romero Sánchez
Silvestre Barragán Gómez

Validación del documento

María Jaramillo Prieto
Margarita Romero Sánchez
Silvestre Barragán Gómez

Corrección de estilo

Juanita Insuasty Montoya
Pao Pereira Ortiz

Diseño y diagramación

María Jaramillo Prieto

www.alce.org.co

info@alce.org.co

Bogotá, Colombia. 2026

Iniciativa A.L.C.E (abolición de lógicas de castigo y encierro) colectividad antipunitivista que lucha contra la violencia psiquiátrica y sus efectos de normalización creando herramientas colectivas de incidencia.

Contenido

Glosario.....	5
Resumen	11
Introducción	13
Los ecosistemas del encierro	19
1.1. La institucionalización y la violencia psiquiátrica como tortura.....	26
1.2. Los ecosistemas del encierro en América Latina y El Caribe.....	31
1.2.1. La discapacidad como justificación de la privación de la libertad y de la violación del derecho al acceso a la justicia.....	35
El ecosistema del encierro en Colombia	38
2.1. Legislación y políticas públicas que permiten y promueven el encierro	39
2.2. Las estadísticas del encierro en Colombia	48
2.3. La economía del encierro	54
2.4. ¿Qué hay detrás de la solicitud de las familias de ampliar los programas de institucionalización para personas con discapacidad?	55
2.5. La institucionalización de infancias y adolescencias	56
La vida en comunidad y las alternativas al encierro	61
3.1. El proceso de transición a la vida en comunidad	62
3.2.1. Condiciones	66
3.2.2. Sistema de cuidados con enfoque de discapacidad	68
3.2.3. ¿Qué tipo de apoyos y ajustes pueden existir?	71
3.3. Perspectivas desde la experticia por experiencia y el apoyo mutuo	72
3.4. Alternativas al encierro en Colombia y América Latina y El Caribe.....	76
Conclusiones	81
Bibliografía.....	84

Glosario

Accesibilidad

Principio que garantiza las condiciones que deben cumplir los entornos, los productos, los servicios y las herramientas para que sean comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas. Su objetivo es asegurar que cualquier persona pueda interactuar con ellos de forma autónoma, segura y natural¹.

Ajustes razonables

Modificaciones y adaptaciones en el entorno, el espacio, las instalaciones y los medios de apoyo (como formatos y documentos), que no signifiquen un esfuerzo desproporcionado o indebido, para garantizar a las personas con discapacidad acceso a servicios en igualdad de condiciones².

Apoyos

Son medidas, herramientas y formas de asistencia —humanas, técnicas o institucionales— orientadas a garantizar que las personas con discapacidad ejerzan su autonomía, tomen decisiones y participen en igual-

dad de condiciones en la sociedad³. Este proceso se entiende como una dinámica de interdependencia, en la que quienes brindan apoyo contribuyen al bienestar colectivo mientras fortalecen la capacidad de la persona con discapacidad para decidir, a la vez que fortalece los vínculos de solidaridad y apoyo mutuo⁴.

Capacidad legal

Es el reconocimiento que da la ley para que todas las personas ejerzan sus derechos y obligaciones directamente: firmar contratos, presentar acciones legales o tomar decisiones sobre su vida. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 12, prohíbe usar la discapacidad como excusa para quitarle ese derecho a alguien. En Colombia, la Ley 1996 de 2019 garantiza la plena capa-

3 CCORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia C-025 de 2021. Bogotá, D.C.: Corte Constitucional, 2021. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/c-025-21.htm>.

1 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Nueva York: ONU, 2006.

2 ONU MUJERES; INTERNATIONAL DISABILITY ALLIANCE; INDIGENOUS PEOPLES WITH DISABILITIES GLOBAL NETWORK. Fact sheet: Indigenous Women with Disabilities. 2020.

4 ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. Buenas prácticas de los sistemas de apoyo para la inclusión de las personas con discapacidad en la comunidad. Naciones Unidas, 2023. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/ahrc5534-good-practices-support-systems-enabling-community-inclusion>.

1
6
1
cidad jurídica⁵ de las personas con discapacidad y obliga al Estado a proveer apoyos que les permitan decidir de forma autónoma, prohibiendo que terceros sustituyan su voluntad o que se exijan evaluaciones de capacidad mental como condición para ejercerla.

Capacitismo

Sistema que otorga valor a los cuerpos y mentes de las personas basándose en ideas socialmente construidas de normalidad, inteligencia, excelencia, deseabilidad y productividad. Estas ideas construidas están profundamente arraigadas en el racismo contra las personas negras, la eugenesia, la misoginia, el colonialismo, el imperalismo y el capitalismo. Esta forma de opresión sistémica lleva a que las personas y la sociedad determinen quién es valioso y digno, basándose en el idioma, la apariencia, la religión o la capacidad de una persona para producir, sobresalir y comportarse satisfactoriamente. No es necesario tener una discapacidad para experimentar el capacitismo⁶.

.....

5 La capacidad jurídica es el derecho de todas las personas a ser dueñas de su propia vida ante la ley, esto es, de tomar decisiones legales por sí mismas.

6 LEWIS, Talila "TL". Definición de ableismo (capacitismo). Actualizada en enero de 2021; desarrollada en comunidad con personas negras con discapacidad y otras personas racializadas negativamente, basándose en ideas socialmente construidas de normalidad, inteligencia, excelencia, deseabilidad y productividad. Disponible en: <https://www.talilalewis.com/blog/january-2021-working-definition-of-ableism>.

Ecosistemas de encierro

Red de instituciones, leyes, creencias y prácticas que la sociedad reproduce en nombre del cuidado para segregar y controlar a las personas que consideran diferentes o no normativas, limitando su autonomía y capacidad de decisión. No requieren internamiento formal, pues sus dinámicas de vigilancia y corrección se extienden a la vida cotidiana a través de la familia, la medicina, la escuela y la justicia. Aunque incluyen espacios tradicionales como psiquiátricos, cárceles o centros de rehabilitación, operan también mediante normativas que restringen derechos, diagnósticos que patologizan y generan infantilización o criminalización de la diversidad, y el abandono estatal que perpetúa pobreza, falta de apoyos y barreras en el acceso a salud, vivienda, trabajo y educación.

Encierro forzado

Privación de la libertad que se ejerce sobre una persona en contra de su voluntad, restringiendo su movilidad y autonomía, generalmente en instituciones como hospitales psiquiátricos, cárceles, hogares de protección o centros de detención. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha señalado que la existencia de una discapacidad nunca justifica la privación de libertad, y que el aislamiento y la reclusión en entornos institucionales constituyen violaciones de derechos humanos⁷.

.....

7 COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Experte por experiencia

Término reivindicado por sobrevivientes de la psiquiatría. Busca que la experiencia vivida de las personas con discapacidad psicosocial sea vista como válida y valiosa. Defiende que cada persona, según su propia historia, es quien mejor sabe lo que necesita, al tiempo que le devuelve la autonomía para tomar decisiones sobre su propia vida. Se opone al modelo médico tradicional, que suele adueñarse de las vivencias, etiquetarlas como patológicas y decidir por las personas.

Institucionalización forzada

Proceso mediante el cual una persona es ingresada y mantenida en una institución cerrada sin su consentimiento libre e informado. La institucionalización forzada es una forma de discriminación estructural que priva a las personas de su derecho a vivir en comunidad y ejercer su capacidad legal en igualdad de condiciones al resto de la sociedad⁸.

Lógica manicomial

Sistema de prácticas, representaciones y estructuras institucionales que castiga, segrega y controla a quienes experimen-

tan sufrimiento psíquico, discapacidad psicosocial o, simplemente, perciben el mundo de forma diferente. Esta lógica perpetúa la marginalización de las personas con malestar subjetivo.

En esta lógica, las personas se alejan de la norma instaurada por el paradigma de la salud mental y son evaluadas según la manifestación del malestar, el relacionamiento y la productividad; también son evaluadas las experiencias psíquicas expansivas o inusuales, desestimándolas o patologizándolas. Las prácticas incluyen la internación prolongada, la reducción de la persona a un diagnóstico, el encierro físico o químico (psicofármacos) y la negación de derechos civiles, sociales y de autonomía individual, aun en contextos legislativos que introducen innovaciones formales⁹.

Malestar subjetivo o malestar psíquico

Término acuñado por activistas loques para nombrar las experiencias de descompensación, sufrimiento psíquico o emocional, alucinaciones auditivas o visuales. Su objetivo es sacar estas vivencias del lenguaje médico tradicional y sus categorías de patologización, así como eliminar el estigma alrededor de la locura, brindando nuevos significados y perspectivas que

Observación General N° 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (artículo 19). Ginebra: Naciones Unidas, 2017. CRPD/C/GC/5.

8 ONU. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Ginebra: Naciones Unidas, 2013. A/HRC/22/53.

9 MARTÍN, Mariana Silvina; VEGA, Agustina Julieta. La lógica manicomial luego de la Ley Nacional de Salud Mental. Voces Emergentes, 2019, n.º 3, pp. 20-26. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/100230>.

incluyen miradas sistémicas e identificación de problemas sociales que influyen en el curso de dichas experiencias.

Medicalización forzada

Imposición de tratamientos médicos o farmacológicos sin el consentimiento informado de la persona. Suele justificarse con argumentos como la necesidad terapéutica o la seguridad del paciente, pero en la práctica termina legitimando prácticas punitivas contra de las personas con discapacidad. El Relator especial sobre la Tortura ha señalado que la medicación forzosa, incluidas las intervenciones psiquiátricas sin consentimiento, pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos y degradantes¹⁰.

Vivir en comunidad

El derecho a vivir en comunidad, contemplado en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, asegura que todas las personas con discapacidad tengan libertad de elegir dónde y con quién vivir, sin ser forzadas a estar en lugares específicos. Este derecho implica que los Estados deben garantizar el acceso a servicios de apoyo comunitario, a una vida independiente y a una participación plena en la sociedad, eliminando la segregación y la institucionalización. En resumen, vivir en comunidad significa tener la libertad de decidir sobre la propia vida y contar con las condiciones necesarias para hacerlo en igualdad de oportunidades.

10 ONU. Informe del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas, 2015. A/70/55. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/1298412/?v=pdf>.

Siglas

ALCE

Abolición de Lógicas de Castigo y Encierro

CDPD

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

CIDH

Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Comité de la CDPD

Comité de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Convención contra la Tortura

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

Corte IDH

Corte Interamericana de Derechos Humanos

DRI

Disability Rights International

LAC

América Latina y el Caribe

REDESFERA

Red Regional de apoyo y defensa, agrupa a personas con diversidad psicosocial en diez países.

ONU

Organización de las Naciones Unidas



Resumen

Este documento analiza los ecosistemas de encierro que afectan a personas con discapacidad psicosocial en América Latina, con un énfasis particular en el caso colombiano. A partir de un enfoque de derechos humanos y discapacidad, el texto examina cómo las prácticas de institucionalización psiquiátrica y otras formas de confinamiento continúan siendo legitimadas a través de marcos legales, políticas públicas, discursos biomédicos y sistemas de cuidado basados en la sustitución de la autonomía.

El texto propone comprender la violencia psiquiátrica como una forma de tortura y de trato cruel, inhumano y degradante, evidenciando sus impactos sobre la capacidad legal, la vida en comunidad y la integridad física y emocional de las personas institucionalizadas.

Está organizado en varios apartados que permiten recorrer tanto las dimensiones estructurales del encierro como las alternativas existentes para su transformación. Inicialmente, se presentan conceptos clave y obligaciones estatales relacionadas con la desinstitucionalización y los derechos de las personas con discapacidad. Posteriormente, se aborda el panorama regional en América Latina y el Caribe y se profundiza en el ecosistema del encierro en Colombia, incluyendo el análisis de legislación, políticas públicas, estadísticas y dinámicas económicas que sostienen la institucionalización. Finalmente, el informe desarrolla propuestas y experiencias vinculadas a la vida en comunidad, los sistemas de cuidado con enfoque de discapacidad, el apoyo mutuo y las alternativas no coercitivas al abordaje del malestar psíquico, incorporando perspectivas desde la experticia por experiencia y las luchas antimanicomiales.

Nota para las personas lectoras. Este documento emplea de forma predominante la «e» como marca de lenguaje inclusivo. La elección busca reconocer y visibilizar a todas las personas, independientemente de su identidad de género, y ofrecer una comunicación más equitativa. El uso de esta forma no altera el contenido jurídico ni académico del texto; constituye una decisión de estilo.



Introducción

No hay justificación para perpetuar la institucionalización. Los Estados partes no deben valerse de la falta de apoyo ni de servicios en la comunidad, de la pobreza ni de los estigmas para justificar el mantenimiento de instituciones ni las demoras en su cierre. La planificación inclusiva, la investigación, los proyectos piloto o la necesidad de llevar a cabo reformas legislativas no deben servir de excusa para retrasar la reforma o limitar la adopción inmediata de medidas destinadas a apoyar la inclusión en la comunidad¹¹.

Naciones Unidas.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

En Colombia, la psiquiatría y el sistema de salud mental han sido utilizados históricamente como forma de legitimar el control social para confinar y castigar a grupos específicos de personas. Las leyes, políticas y lugares donde se ofrecen servicios psiquiátricos para intervenir el malestar subjetivo, sean públicos o privados, operan de manera coercitiva para neutralizar el malestar de las personas. En estos tratamientos se han reportado prácticas de restricción mecánica, internamiento involuntario, aislamiento de los seres queridos, medicalización forzada y electrochoques. Estas prácticas son crueles, punitivas y carcelarias y se alejan del ejercicio de cuidado que pretenden ofrecer. Sumado a ello, el tratamiento que ofrece el sistema de salud mental está marcado por la mirada biomédica, basada en el objetivo de normalizar y anular los comportamientos y expresiones que se consideran divergentes. Esta forma de tratamiento ha afectado negativamente a las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos, personas LGBTQ+, personas negras e indígenas, personas empobrecidas, mujeres, en una sociedad capacitista que segrega e impone barreras para acceder a derechos fundamentales.

Como se mostrará más adelante, la institucionalización y la medicación forzada no sólo tienen lugar dentro del sistema de salud, también están presentes en sistemas que se dirigen a diferentes poblaciones, incluyendo: menores de 18 años, personas con discapacidad, habitantes de calle, víctimas del conflicto armado, personas privadas de la libertad en el sistema carcelario, consumidores de sustancias psicoactivas, personas mayores de 60 años, entre otras. A pesar de que en la actualidad existen políticas y programas que de forma incipiente proponen alternativas para la transición a la vida en comunidad para personas que han sido institucionalizadas —así como programas de salud mental comunitaria—, la mayoría no cumplen con los estándares de

11. ONU. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CRPD/C/5, 2022.

derechos humanos a nivel internacional y siguen replicando un modelo biomédico y de control.

Gran parte de la problemática se deriva de que los procesos de institucionalización están enmarcados en el modelo médico o rehabilitador de la discapacidad¹², según el cual las personas son consideradas principalmente como sujetos *deficientes* que necesitan ser tratados, asistidos o corregidos. Este modelo pone el foco en la condición individual de la discapacidad y justifica prácticas asistencialistas y paternalistas. En contraste, el modelo social, orientado por estándares internacionales de derechos humanos, propone un cambio radical: la discapacidad no proviene de la persona, sino de las barreras físicas, culturales, actitudinales, comunicativas y sociales que impiden su plena participación en igualdad de condiciones en la sociedad. En este paradigma, la tarea no es la asimilación o rehabilitación de las personas con discapacidad, sino la transformación de la sociedad para que sea inclusiva y accesible¹³.

En Colombia, este cambio de paradigma se consolidó con la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD) a través de la Ley 1346 de 2009 y su desarrollo en la Ley Estatutaria 1618 de 2013, que obliga al Estado a garantizar inclusión, ajustes razonables y accesibilidad. La Corte Constitucional ha respaldado esta visión en sentencias como la C-066 de 2013, la C-329 de 2019 y la C-025 de 2021¹⁴, donde se enfatiza que la discapacidad debe entenderse como el resultado de interacciones con un entorno excluyente. Así, el modelo social y de derechos humanos ha sido incluido en el bloque de constitucionalidad en Colombia, proporcionando un marco que permite reconocer a las personas con discapacidad como

12 FONSECA SOUSA, P.; MACIEL, S. C. y MEDEIROS, K. T. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? Em: Trends in Psychology. Abril-Junho, 2018. vol. 26, no. 2. Disponible en: <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-13Pt>.

13 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas, 2006.

14 CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia C-066 de 2013. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva; 13 de febrero de 2013. Bogotá D. C.: Corte Constitucional, 2013. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-066-13.htm>; CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia C-329 de 2019. M.P. Alberto Rojas Ríos; 23 de julio de 2019. Bogotá D. C.: Corte Constitucional, 2019. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-329-19.htm>; CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia C-025 de 2021. M.P. Cristina Pardo Schlesinger; 11 de febrero de 2021. Bogotá D. C.: Corte Constitucional, 2021. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/C-025-21.htm>.

sujetos plenos de derechos, capaces de decidir sobre sus vidas y participar activamente en la sociedad.

16 | Más allá de estos dos modelos se encuentra el modelo radical¹⁵. Este considera la discapacidad como una construcción social y como un sistema de opresión. Afirmar que esta es definida por el grupo opresor, es decir, las personas *no-discapacitadas*¹⁶. A su vez, la vincula con otras opresiones como la racialización, la clase y la identidad sexual y de género, posicionando una visión más compleja de cómo opera.

Iniciativa ALCE se sitúa en el modelo social de la discapacidad, reconociendo que las principales barreras que enfrentan las personas con discapacidad no provienen de sus condiciones individuales, sino de estructuras sociales, culturales y jurídicas que limitan su participación plena. Desde esta perspectiva, ALCE trabaja para visibilizar y transformar los obstáculos institucionales y comunitarios que impiden el ejercicio de derechos, promoviendo ajustes razonables, apoyos personalizados y la construcción de entornos accesibles. Su enfoque se centra en la dignidad, la autonomía y la inclusión, entendiendo la discapacidad como una interacción entre las diversidades humanas y las barreras sociales, más que como una deficiencia médica. Asimismo, simpatiza con el modelo radical de la discapacidad, en tanto reconoce el capacitismo como un sistema de opresión estructural que reproduce desigualdades y exclusiones.

En esa misma línea, Iniciativa ALCE reivindica la justicia disca (*disability justice*), un marco teórico, político y comunitario desarrollado principalmente por activistas negres, *queer* y con discapacidad en los Estados Unidos durante la década de 2000. A diferencia de los enfoques tradicionales centrados únicamente en la igualdad de derechos o el acceso formal, la justicia disca reconoce que las experiencias de discapacidad están atravesadas por múltiples formas de opresión, como el racismo, el colonialismo, el capacitismo, el sexismo y la desigualdad económica. Desde esta perspectiva, la discapacidad no se concibe como una deficiencia individual que debe corregirse, sino como una expresión

15 GUERRA, I. Lucha contra el capacitismo: Anarquismo y capacitismo. [Fanzine]. Madrid: Editorial Imperdible, 2021.

16 La denominación persona discapacitada ha sido una categoría en disputa en el movimiento de discapacidad. Históricamente ha sido usada de forma peyorativa para referirse a las personas con discapacidad. En los años 70 en Estados Unidos este término fue reivindicado por la población con discapacidad, junto con otros términos como tullido o cripple en inglés. Actualmente, segmentos del movimiento por la discapacidad la usan como una forma de resistencia política, mientras que otros prefieren el término persona con discapacidad. McRUER, Robert. Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability. New York: New York University Press, 2006.

de la diversidad humana cuya dignidad y valor deben ser plenamente reconocidos¹⁷.

Este enfoque propone la construcción de comunidades basadas en la interdependencia, el cuidado colectivo y la transformación de las estructuras sociales que producen exclusión. La justicia disca sostiene que la verdadera inclusión no se limita a garantizar accesibilidad física o legal, sino que requiere cambios profundos en las relaciones de poder, de modo que las personas con discapacidad puedan participar plenamente en la vida social, política y cultural. Asimismo, promueve el liderazgo de las personas más afectadas por las desigualdades estructurales y enfatiza la importancia de crear espacios donde todas las personas puedan desarrollar sus capacidades y proyectos de vida en condiciones de respeto y justicia¹⁸.

Este documento analiza los ecosistemas del encierro y evidencia cómo sistemas creados para proteger personas han devenido en centros de vulneración de derechos humanos, abarcando casos de tortura y tratos crueles e inhumanos. También expone cómo el encierro no sólo se limita a instituciones físicas, sino a un entramado de prácticas y prejuicios que buscan castigar a las personas que no son consideradas normales, ya sea para normalizarlas o esconderlas de la sociedad.

Además, como propuesta inicial para superar esta problemática, se analiza el naciente ecosistema de las alternativas al encierro. Estas experiencias, que van desde iniciativas globales hasta ejercicios comunitarios, han demostrado que un enfoque centrado en la autonomía de la persona y en la vida en comunidad resulta más eficiente y humano.

17 SINS INVALID. Skin, Tooth, and Bone: The Basis of Movement Is Our People. A Disability Justice Primer. 2 ed. Berkeley, California: Sins Invalid, 2019.

18 PIEPZNA-SAMARASINHA, Leah Lakshmi. Care Work: Dreaming Disability Justice. Vancouver: Arsenal Pulp Press, 2018.

Los ecosistemas del encierro



La institucionalización de personas con discapacidad —o consideradas anómalas— es una práctica histórica que ha consolidado sistemas y culturas que la sostienen como válida. Estas instituciones, normativas y lógicas sociales interconectadas reproducen formas de segregación, control y confinamiento hacia las poblaciones consideradas *no normativas o problemáticas* para el orden social, tales como personas con discapacidad, infancias sin cuidado familiar, personas con malestares psicosociales, personas privadas de la libertad o personas mayores.

Una de las piedras angulares de estos ecosistemas son las instituciones, entendidas como los lugares de residencia y trabajo en donde un número considerable de personas con características similares residen aisladas de la sociedad por un periodo de tiempo. Allí, las personas se encuentran en espacios de alto control, con vidas homogeneizadas y una administración central de sus actividades por parte de terceros¹⁹. Estas instituciones cuentan con seis características base:

1. Edificaciones construidas para permitir el aislamiento y controlar el acceso y egreso de las personas.
2. Leyes que permiten la limitación de la autonomía y los derechos.
3. Relación de dependencia y jerarquía entre las personas encerradas y el personal que maneja la institución.
4. Homogeneización de la vida de las personas internas, que pierden la capacidad de ejercer su autonomía y tener responsabilidad sobre su propia vida²⁰.
5. Restricciones físicas e hipervigilancia.
6. Control farmacológico —conocido como coerción química— para docilizar a las personas encerradas. De hecho, el uso de tranquilizantes no se limita a hospitales psiquiátricos, sino que se extiende a instituciones para personas con discapacidad cognitiva, hogares de ancianos, centros de internamiento para menores y prisiones. Su propósito es claramente la gestión institucional²¹.

19 UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH. Out of Sight, Out of Mind: The Human Rights Case for Ending Institutionalization in Mental Healthcare. London: United for Global Mental Health, 2025.

20 UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH. Out of Sight, Out of Mind: The Human Rights Case for Ending Institutionalization in Mental Healthcare. 2025.

21 Como señala Judy Chamberlin, las drogas tenían un efecto beneficioso porque hacían "la gestión de la sala más fácil y agradable para los asistentes, que ahora están más relajados". CHAMBERLIN, Judi. Por nuestra cuenta: la experiencia de los usuarios de los servicios de salud mental. Madrid: Editorial Morata, 1989. p. 48.

Las guías de desinstitucionalización de la ONU del 2025 incluyen a estas instituciones otros elementos:

Las instituciones presentan ciertos elementos característicos, como el hecho de tener que compartir de forma obligatoria los asistentes con otras personas y la escasa o nula influencia que se tiene sobre quién presta la asistencia; el aislamiento y la segregación respecto de la vida independiente en la comunidad; la falta de control sobre las decisiones cotidianas; la nula posibilidad de elegir con quién se vive; la rigidez de la rutina independientemente de la voluntad y las preferencias personales; actividades idénticas en el mismo lugar para un grupo de personas sometidas a una cierta autoridad; un enfoque paternalista de la prestación de los servicios; la supervisión del sistema de vida; y un número desproporcionado de personas con discapacidad en el mismo entorno²².

Estas prácticas, justificadas como necesarias o curativas, usualmente adoptan un modelo reduccionista biomédico, que no reconoce los factores externos de riesgo o protección, e ignora la autodeterminación, la importancia del apoyo comunitario, el respaldo entre pares y la inclusión social²³. Como se mostrará más adelante, el encierro y la institucionalización no solo han probado ser poco eficientes para garantizar el bienestar de las personas, sino que se han convertido en formas de violencia y tortura que dejan secuelas graves para quienes las sobreviven. Estas dinámicas generan un ambiente de alta vulnerabilidad en el que la voz de las personas institucionalizadas es ignorada —incluso cuando intentan denunciar situaciones de abuso—, basándose en prejuicios sobre su capacidad mental. Esta situación se agrava cuando hay un aislamiento del mundo externo, el cual aumenta las barreras para denunciar las violencias sufridas al interior de las instituciones²⁴.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CIDH) ha señalado que el encierro en instituciones psiquiátricas, especialmente para personas con discapacidad psicosocial y cognitiva²⁵, puede ser

22 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. Ginebra: ONU, 2022. 24 p. N° de doc. CRPD/C/5. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>

23 UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH. Out of Sight, Out of Mind: The Human Rights Case for Ending Institutionalization in Mental Healthcare. London: United for Global Mental Health, 2025.

24 UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH. Out of Sight, Out of Mind: The Human Rights Case for Ending Institutionalization in Mental Healthcare. 2025.

25 El uso del término discapacidad cognitiva resulta preferible frente a discapacidad intelectual debido a su carácter más descriptivo, integrador y libre de estigmas histó-

una forma de discriminación estructural. En su comunicado de prensa número 179 de 2016, la CIDH enfatiza que este tipo de institucionalización conlleva restricciones arbitrarias a la libertad, negación del consentimiento informado, deficiencias en la atención médica y falta de acceso a mecanismos de justicia, lo que representa una violación específica de derechos basada en la discapacidad²⁶. Esta preocupación fue reafirmada en la audiencia temática *Afectaciones a los derechos de personas con discapacidad en instituciones de cuidado*, que tuvo lugar en marzo de 2025 con presencia de la Relatora sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Durante esta audiencia, se destacó que la permanencia forzada en instituciones psiquiátricas perpetúa estigmas, priva de autonomía y socava la igualdad ante la ley²⁷.

Investigaciones como las que surgieron de la experiencia de la Clínica Jurídica del Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México²⁸ destacan que el encierro en albergues y psiquiátricos se fundamenta en prácticas que deshumanizan y uniformizan a las personas. Esto incluye acciones como el corte de cabello sin consentimiento, menús de comida repetitivos, el retiro de sus objetos personales y la restricción del tiempo y del espacio. Dichas acciones pueden tener efectos tanto psíquicos como físicos, como embotamiento, desorientación y pérdida de control y autonomía, que a menudo se malinterpretan como síntomas de enfermedad, en lugar de ser reconocidos como consecuencias del encierro.

ricos. Mientras que el concepto de lo intelectual se ha vinculado tradicionalmente a la medición rígida del coeficiente intelectual (CI) y a prejuicios sociales, el enfoque cognitivo sitúa la atención directamente en los procesos del procesamiento de la información, tales como la memoria, la atención, el aprendizaje y la resolución de problemas. De este modo, se adopta una perspectiva más respetuosa que dignifica a la persona, centrándose en cómo percibe e interactúa con su entorno en lugar de etiquetar su capacidad mental global.

26 COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. CIDH llama a los Estados a garantizar los derechos de las personas con discapacidad en centros de salud mental. Comunicado de prensa no. 179/16. Washington D. C.: CIDH, 2 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2016/179.asp>.

27 COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Audiencia Regional: Afectaciones a los derechos de las personas con discapacidad y de personas mayores en instituciones de cuidado. Washington D. C.: CIDH, 5 de marzo de 2025. Período Ordinario de Sesiones. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/sesiones/audiencia.asp?Hearing=3816>.

28 GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, Emma Erika. El obstáculo epistémico en la ley que define el encierro. Em: CONSTANTINO, Renato; BREGAGLIO, Renata y MONTECINOS, Andrea (eds.). Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento Académico de Derecho – Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica, 2024. p. 287-307.

En un estudio realizado en Italia, Polonia y el Reino Unido, basado en las experiencias compartidas de 108 personas adultas que estuvieron institucionalizadas²⁹, el equipo de investigación se enfocó en el significado de *encierro voluntario* cuando una persona es admitida en un hospital psiquiátrico. Aunque el marco legal hace una distinción entre internaciones voluntarias e involuntarias, los hallazgos muestran que esta diferencia es mucho más difusa en el funcionamiento interno de los servicios de salud mental. En las entrevistas realizadas a quienes manifestaron haber ingresado de manera voluntaria, se reveló que, aunque lo hicieron *por su propia voluntad*, en realidad enfrentaron diversas presiones: (i) familiares o personas cercanas insistiendo en que era lo mejor o la única opción sensata, (ii) amenazas sutiles sobre posibles consecuencias negativas si no accedían al ingreso, y (iii) la sensación de no tener otra alternativa a la internación. Esto pone de manifiesto que el marco legal por sí solo no asegura decisiones libres, pues el consentimiento puede estar bien documentado, pero aun así estar influenciado por dinámicas de poder, dependencia y miedo. Este texto es relevante en el contexto de los esfuerzos por la desinstitucionalización, ya que revela lógicas coercitivas que pueden persistir incluso cuando se cumplen las formalidades del consentimiento informado. Concluye señalando que, para que el ingreso sea realmente voluntario, la persona debe conocer alternativas reales a la institucionalización y estar en un entorno libre de presiones.

United for Global Mental Health mostró que, en muchas ocasiones, la institucionalización responde a motivos ajenos a la situación real de las personas. Entre dichas razones se encuentra los estigmas relacionados con la salud mental, la pobreza y falta de apoyos, así como experiencias de abuso o abandono, violencias basadas en género, consumo problemático de sustancias, disputas por propiedades o herencias y conflictos familiares³⁰.

29 KLINGEMANN, J.; ŚWITAJ, P.; LASALVIA, A. y PRIEBE, S. Behind the screen of voluntary psychiatric hospital admissions: A qualitative exploration of treatment pressures and informal coercion in experiences of patients in Italy, Poland and the United Kingdom. Em: International Journal of Social Psychiatry. Março, 2022. vol. 68, no. 2, p. 457–464. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00207640211003942>.

30 UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH. Out of Sight, Out of Mind: The Human Rights Case for Ending Institutionalization in Mental Healthcare. 2025.

Del mismo modo, existen otros lugares cerrados donde también se producen lógicas institucionalizantes³¹. En Colombia se encuentran presentes:

- Hogares de larga estadía para las infancias con discapacidad.
- Prisiones.
- Centros de rehabilitación relacionados con el consumo de sustancias.
- Centros religiosos de rehabilitación o curación.
- Hogares para personas habitantes de calle.
- Hogares para personas de la tercera edad.

Iniciativa ALCE sostiene que estos ecosistemas del encierro no se limitan a los muros de las instituciones paradigmáticas como los hospitales psiquiátricos³², hogares de protección, cárceles o centros de detención. Incluyen leyes, diagnósticos médicos, discursos morales y condiciones socioeconómicas que habilitan y justifican su existencia. Desde esta mirada, el encierro no es una respuesta aislada, sino una red de mecanismos que patologizan, infantilizan o criminalizan, muchas veces en nombre del cuidado, la seguridad o el tratamiento. Reconocer estos ecosistemas permite visibilizar las continuidades entre distintas formas de institucionalización, y plantear transformaciones estructurales hacia modelos de vida digna, autónoma y en comunidad.

Dicho de otra manera, la institucionalización en Colombia va más allá de los hospitales psiquiátricos; se manifiesta, además, de maneras sutiles y normalizadas socialmente, como en ciertas prácticas terapéuticas, roles profesionales y legislaciones. Un caso destacado es el Proyecto de Ley de Autismo (Proyecto Ley 535 de 2026)³³, que ha re-

31 UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH. Out of Sight, Out of Mind: The Human Rights Case for Ending Institutionalization in Mental Healthcare. 2025.

32 En Colombia, el Manicomio Departamental de Antioquia ejemplifica cómo los discursos y las prácticas institucionales se entretajan con otras instituciones. En este caso, con la iglesia católica y con los entes de la administración pública, para producir diagnósticos psiquiátricos marcados por el deber ser, determinados por categorías coloniales como el género, la raza y la clase. A su vez, los diagnósticos psiquiátricos generizados se caracterizan por valorar la enfermedad a partir de comportamientos que se apartan de las normas de género, con un marcado sesgo de género fundamentado en el deber ser impuesto a través de diferentes dispositivos de poder. LONDOÑO BUSTAMANTE, Alejandra. Anómalas y peligrosas: el proyecto normalizador hacia las mujeres en Antioquia durante la primera mitad del siglo XX. Bogotá, 2016. Trabajo de grado (Magíster en Estudios de Género). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas.

33 Nota aclaratoria: al momento de escribir este concepto, el Proyecto de Ley 535 de 2026 seguía en curso. Sin embargo, para el momento de la fase de diagramación, la ley fue sancionada por el Presidente de la República de Colombia en un proceso legislativo bastante apresurado. Iniciativa ALCE y Autiscol tienen como propósito presentar de manera conjunta una acción pública de inconstitucionalidad contra esta ley por violar

cibido críticas de la Asociación de Autistas de Colombia - Autiscol³⁴ por promover una visión biomédica del autismo como *trastorno*, con una fijación en el diagnóstico, sin incluir el modelo social de discapacidad ni la participación activa de personas autistas. Los artículos del proyecto refuerzan una lógica asistencialista que legitima terapias como el ABA, centrada en suprimir conductas *no normativas*, que las comunidades autistas denuncian como formas encubiertas de violencia psiquiátrica. Las terapias ABA (Análisis de Comportamiento Aplicado, siglas en español)³⁵, dirigidas principalmente a personas autistas y con diagnóstico de TDAH, imponen dinámicas de refuerzo y repetición —las cuales consisten en repetir conductas de forma constante y premiar los *aciertos* de inmediato para *fijar* comportamientos—, provocando estrés post-traumático y erosionando la identidad de la persona. Muchas personas autistas adultas comparten experiencias de haber sido sometidas a rituales de obediencia, sin poder retirarse del espacio, recibiendo tratos deshumanizantes o perdiendo su sentido de agencia personal³⁶.

En este escenario, la psicología también se destaca como un dispositivo de normalización que puede llegar a patologizar expresiones no normativas y prescribir adaptaciones forzadas al entorno, priorizando el control conductual sobre la promoción de la diversidad y la autodeterminación.

el marco normativo nacional e internacional de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

34 Cuenta de Instagram: <https://www.instagram.com/autiscol/>.

35 LEAF, Justin B. et al. Concerns About ABA-Based Intervention: An Evaluation and Recommendations. En: Journal of Autism and Developmental Disorders. Junio, 2022. vol. 52, no. 6, p. 2838-2853. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9114057/>.

36 Algunas personas activistas sostienen que las prácticas intensivas de ABA (que pueden llegar hasta 40 horas a la semana) y la supresión del *stimming* —movimientos repetitivos para regular el sistema nervioso— son perjudiciales para la salud mental. Ver: MATHUR, S. K.; RENZ, E. y TARBOX, J. Affirming Neurodiversity within Applied Behavior Analysis. En: Behavior Analysis in Practice. Junio, 2024. vol. 17, no. 2, p. 471-485. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11219658/>. <https://doi.org/10.1007/s40617-024-00907-3>. De hecho, algunos enfoques se consideran tan severos que se asemejan a tratamientos crueles o incluso a tortura psicológica. Además, se destacan historias de adultos autistas que enfrentan síntomas graves de estrés post-traumático e ideaciones suicidas, situaciones que se agravan por la presión de tener que ocultar sus rasgos autistas y comportarse como neurotípicos. Ver: HAWKINS, Beth. America's Most Popular Autism Therapy May Not Work — and May Seriously Harm Patients' Mental Health. En: The 74 [en línea]. 6 de marzo de 2024. [citado 20 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.the74million.org/article/americas-most-popular-autism-therapy-may-not-work-and-may-seriously-harm-patients-mental-health/>.

La promulgación de la Ley 2460 de 2025, que transforma el modelo de salud mental colombiano, inaugura un enfoque biopsicosocial enfocado en la atención comunitaria y territorial, reduciendo la dependencia a modelos de institucionalización tradicionales. Sin embargo, si bien la norma promueve la atención en entornos cotidianos como escuelas y barrios, también corre el riesgo de replicar lógicas manicomiales fuera de los centros psiquiátricos, si los profesionales (psicólogos, educadores, orientadores) actúan como agentes de normalización, patologizando la diversidad neurocognitiva con protocolos estandarizados o cuestionando comportamientos disidentes.

Las lógicas manicomiales también operan en las escuelas, las familias y los procesos judiciales: entornos donde se aplican prácticas disciplinarias y de corrección basadas en estereotipos neurotípicos³⁷. Estas configuran formas difusas de institucionalización que basadas en los discursos de la terapia o la educación, ejercen vigilancia, coerción y exclusión estructural³⁸.

1.1. La institucionalización y la violencia psiquiátrica como tortura

Las detenciones de personas en contra de su voluntad y con base en su discapacidad han sido denunciadas por múltiples organismos internacionales, entre ellos, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, organismos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y el Relator Especial sobre la tortura, los tratos crueles, inhumanos y degradantes (en adelante Relator Especial sobre la tortura). Esto debido a que el ejercicio de la psiquiatría, tal como se practica en Colombia y en gran parte del mundo, continúa amparándose en marcos legales y culturales que legitiman la privación de libertad, la medi-

37 Un estereotipo neurotípico es una idea simplificada y preconcebida sobre cómo piensan, se comunican y se comportan las personas en general, invisibilizando a las personas neurodivergentes y sus formas de procesar el mundo.

38 La investigación realizada por María Noelia López, Jaqueline Torres y Clara Weber reúne diversas perspectivas críticas sobre la salud mental en Argentina. Examina cómo se entrelazan las políticas públicas, las instituciones y las prácticas profesionales, poniendo de relieve las tensiones entre el modelo biomédico y las propuestas comunitarias y basadas en derechos humanos. El enfoque principal es replantear la salud mental desde enfoques más inclusivos, interdisciplinarios y comprometidos con la transformación social. LÓPEZ, M. N.; TORRES, J. E. y WEBER SUARDIÁZ, C. Debates en el campo de la salud mental: práctica profesional y políticas públicas [en línea]. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP), 2017. 192 p. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/62645/Documento_completo_.pdf-PDFA.pdf.

calización forzada y el uso de medidas coercitivas contra personas con discapacidad psicosocial o cognitiva.

La CDPD, en su artículo 14, establece de forma categórica que “la existencia de una discapacidad no justifica en ningún caso una privación de la libertad”, prohibiendo el encierro y el tratamiento involuntario por razones de discapacidad. A pesar de ello, en la práctica, el sistema de salud mental mantiene figuras como el internamiento forzado, la inmovilización y el aislamiento, que según el Relator Especial sobre la tortura “pueden constituir tortura y malos tratos”³⁹.

|
27
|

Este Relator ha sido enfático en señalar que el aislamiento, en cualquiera de sus formas —sobre todo cuando se impone a personas con discapacidad psicosocial—, constituye un trato cruel, inhumano o degradante. Asimismo, ha establecido que incluso la inmovilización por cortos periodos de tiempo puede configurar tortura⁴⁰. Estas prácticas se desarrollan en un contexto de desigualdad estructural y ausencia de poder real de decisión por parte de la persona institucionalizada, lo que permite que se impongan intervenciones no consentidas como la medicación forzosa o los procedimientos de electroshock. Tales actos no solo atentan contra la voluntad y la dignidad, sino que perpetúan un modelo biomédico que concibe la diferencia como patología, y el control como cuidado.

En esta sección se desglosarán los elementos constitutivos del delito de tortura en relación con la violencia en el sistema de salud mental, a partir del marco del derecho internacional. La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes define la tortura como cualquier acto mediante el cual se inflija intencionalmente a una persona dolor o sufrimiento severos, físicos o mentales, con fines tales como la obtención de información, la intimidación, el castigo o la discriminación, cuando dicho acto sea cometido por un funcionario público o con su consentimiento (aquiescencia). Por otra parte, el derecho internacional reconoce que los tratos crueles, inhumanos o degradantes, si bien pueden implicar un nivel de sufrimiento menor a la tortura, constituyen de igual forma violaciones a los derechos humanos.

39 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Asamblea General. Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Nueva York: ONU, 28 de julio de 2008. N° de doc. A/63/175. Párrs. 55 y 56. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/63/175>.

40 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe provisional del Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. A/66/268, 5 de agosto de 2011, párrs. 67, 68 y 78. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/66/268>

Elementos del delito

Dolor o sufrimiento severo. Se cumple cuando se presentan situaciones como la internación forzada, el uso de contenciones mecánicas, la administración de tratamientos farmacológicos sin consentimiento, la privación de contacto con el mundo exterior y el aislamiento prolongado. Ello pues son prácticas que causan sufrimiento físico y psicológico severo. Representa un elemento del delito de la tortura incluso si la acción es realizada para *proteger* a la persona que se está autolesionando⁴¹.

Intencionalidad. La imposición de estas prácticas obedece a una clara intención de controlar a la persona, muchas veces con fines de disciplinamiento, castigo o neutralización de conductas que desafían normas sociales. En contextos psiquiátricos, el Relator Especial sobre la Tortura ha sostenido que las intervenciones forzadas en salud mental (aislamiento, inmovilización, medicación o electrochoque sin consentimiento) carecen de justificación terapéutica y pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, precisamente porque se aplican a personas con discapacidad por el hecho de tener una discapacidad y con la finalidad de controlar su conducta o corregirla.

Finalidad discriminatoria o coercitiva. La finalidad es discriminatoria y tiene fines de control/normalización. En consecuencia, satisface el elemento subjetivo de la tortura: no es un daño colateral, sino una respuesta deliberada de un acto que usa el sufrimiento como medio o fin para imponer obediencia y suprimir la voluntad de la persona⁴².

- *El titular del mandato ha declarado anteriormente que podrá entenderse que existe el requisito de intención que figura en el artículo 1 de la Convención cuando se haya discriminado a una persona por motivos de discapacidad. Eso es especialmente pertinente en el contexto de los tratamientos médicos de personas con discapacidad, en que las violaciones graves y la discriminación contra estas personas pueden encubrirse so capa de las «buenas intenciones» de los profesionales de la salud⁴³.*

⁴¹ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Ginebra: ONU, 5 de enero de 2016. N° de doc. A/HRC/31/57. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/HRC/31/57>.

⁴² ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Ginebra: ONU, 1 de febrero de 2013. N° de doc. A/HRC/22/53. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/HRC/22/53>.

⁴³ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos

En otras palabras, el uso de tratamientos involuntarios y la institucionalización forzada afectan desproporcionadamente a personas con discapacidad psicosocial o cognitiva, lo que configura un patrón de discriminación estructural y violencia institucional. El Comité de la CDPD ha reiterado que no puede privarse de libertad ni imponer tratamientos por motivo de discapacidad (art. 14) y que los Estados deben abolir la institucionalización y el tratamiento forzado, reemplazándolos por apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica (art. 2). La CDPD deja claro que distinciones o restricciones que anulen el goce de derechos constituyen discriminación, incluso cuando se presentan como interés superior o necesidad terapéutica. En la práctica, cuando se persigue la cura o la normalización —y se suplanta la voluntad de la persona—, el propósito discriminatorio y de control satisface el requisito de finalidad propio de la tortura o los malos tratos en entornos psiquiátricos.

Participación del Estado o su aquiescencia. La violencia psiquiátrica se perpetúa dentro de sistemas de salud mental financiados, regulados y supervisados por el Estado, lo que implica responsabilidad directa e indirecta de este por permitir y fomentar estas prácticas. Como se pone sobre la mesa más adelante, la legislación colombiana mantiene normas y políticas que promueven prácticas violentas.

La Corte IDH tiene dos sentencias que reconocen la relación entre la tortura y las condiciones de internación en instituciones psiquiátricas:

Caso Ximenes Lopes vs. Brasil (2006). La Corte IDH determinó que la muerte de una persona en una institución psiquiátrica debido a negligencia y malos tratos constituía una violación del derecho a la integridad personal y de la prohibición de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes⁴⁴.

Caso Furlan y Familiares vs. Argentina (2012). La Corte IDH subrayó la obligación estatal de garantizar una protección especial a personas con discapacidad y de evitar condiciones de institucionalización que generen sufrimiento injustificado⁴⁵.

o degradantes, Juan E. Méndez. Ginebra: ONU, 1 de febrero de 2013. N° de doc. A/HRC/22/53. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/HRC/22/53>.

44 CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006 (Fondo, Reparaciones y Costas). Serie C No. 149. San José: Corte IDH, 2006. Disponible en: https://www.cortexidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_esp.pdf.

45 CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Furlan y Familiares vs. Argentina. Sentencia de 31 de agosto de 2012 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). Serie C No. 246. San José: Corte IDH, 2012. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_246_esp.pdf.

Dado que las prácticas psiquiátricas coercitivas cumplen con los requisitos de la tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes, los Estados suscritos a la Convención contra la Tortura tienen la obligación de:

- Prohibir y erradicar la internación forzada y los tratamientos psiquiátricos sin consentimiento.
- Desarrollar servicios de salud mental basados en la comunidad, respetando el derecho a la autonomía y la capacidad legal de las personas con discapacidad.
- Garantizar mecanismos de denuncia y reparación para sobrevivientes de violencia psiquiátrica.

Nota. Al respecto de esta obligación, Iniciativa ALCE ha mostrado en su trabajo —y coincide con lo expresado por el Relator Especial sobre la Tortura⁴⁶— la ausencia de un marco legal para que las personas víctimas de tortura psiquiátrica puedan acudir a la justicia y, así, las personas responsables rindan cuentas por sus actos. Tampoco existe ningún antecedente en el país.

Un proceso de reparación y no repetición implica que los Estados investiguen, procesen y sancionen a las personas e instituciones responsables, y publiquen dichos resultados para prevenir futuras violaciones y promover un cambio de narrativa frente a la validez de dichas prácticas. Teniendo en cuenta la dimensión de la problemática, las reparaciones “deben abordar el contexto de discriminación estructural en el que se produjeron las violaciones y han de aspirar a la restitución y la rectificación. Las reparaciones han de tener un efecto transformador, abordando las causas subyacentes y las consecuencias de las violaciones, y ofrecer una protección continuada a las víctimas y una colaboración respetuosa con ellas”⁴⁷.

- Capacitar a operadores de justicia y profesionales de salud en el enfoque de derechos humanos y discapacidad.
- Adoptar medidas legislativas que armonicen el marco normativo interno con la CDPD y otros instrumentos internacionales de derechos humanos.

46 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Ginebra: ONU, 1 de febrero de 2013. N° de doc. A/HRC/22/53. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/HRC/22/53>.

47 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Rashida Manjoo. A/HRC/14/22. 23 de abril de 2010 <https://docs.un.org/es/A/HRC/14/22>.

1.2. Los ecosistemas del encierro en América Latina y El Caribe

A nivel regional, en Latinoamérica y El Caribe se han documentado múltiples violencias en instituciones psiquiátricas: desde institucionalizaciones prolongadas por más de 20 años y episodios de violencia sexual por parte del personal de la salud, hasta aislamientos involuntarios de varios días como forma de castigo⁴⁸. Estas instituciones reciben financiación estatal (pública) y privada con el objetivo aparente de cuidar a personas con discapacidad, infancias y adultos mayores, pero han sido desde siempre lugares basados en el paternalismo, la restricción de la libertad personal y escenarios de vulneraciones a derechos humanos, como lo reportan varias organizaciones de la sociedad civil en la Audiencia Temática Regional de la CIDH⁴⁹ y se evidencia en el informe de la RedEsfera⁵⁰.

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

Ale Álvarez⁵¹

48 Ver, entre otros: PIMENTEL, C. Violencia psiquiátrica: cuando te lastima quien tiene el trabajo de cuidarte. En: Salud con Lupa [en línea]. Lima, 2023. [citado 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://saludconlupa.com/salud-mental/violencia-psiquiatrica-cuando-te-lastima-quien-tiene-el-trabajo-de-cuidarte/>.

49 COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Audiencia Regional: Afectaciones a los derechos de las personas con discapacidad y de personas mayores en instituciones de cuidado. Washington D. C.: CIDH, 5 de marzo de 2025. 183 Período Ordinario de Sesiones. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/sesiones/audiencia.asp?Hearing=3816>.

50 REDESFERA LATINOAMERICANA POR LAS CULTURAS LOCAS, LA DIVERSIDAD PSICOSOCIAL, LA JUSTICIA, EL BUEN VIVIR Y EL DERECHO AL DELIRIO. Informe regional sobre la situación de los derechos de las personas con diversidad psicosocial en América Latina. Coordinado por A. Vázquez, P. Yauri Bellido y L. Berrios. Consultoría por G. Guzmán Martínez. Santiago de Chile: RedEsfera, 2023.

51 REDESFERA LATINOAMERICANA POR LAS CULTURAS LOCAS, LA DIVERSIDAD PSICOSOCIAL, LA JUSTICIA, EL BUEN VIVIR Y EL DERECHO AL DELIRIO. Informe regional sobre la situación de los derechos de las personas con diversidad psicosocial en América Latina. Coordinado por A. Vázquez, P. Yauri Bellido y L. Berrios. Consultoría por G. Guzmán Martínez. Santiago de Chile: RedEsfera, 2023.

Las historias de lugares como Colombia, Argentina, México y Guatemala se repiten con patrones similares que conforman el ecosistema de encierro⁵².

Relato de María

Algunas me atendieron muy bien todos los años que estuve. Pero también me hicieron varios buzos, que es que te ponen una toalla o una sábana y te meten la cabeza en un balde con agua y hasta que no pedís perdón no te largan. Es feo. Ese lugar no es para nadie.

Sara Ardila-Gómez, En nombre propio: Relatos de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en comunidad⁵³.

A continuación, se recogen las principales vulneraciones de prácticas institucionalizantes

a. Vulneración del derecho a la capacidad legal

Independientemente de las condiciones que se ofrezcan dentro de los centros, privar a alguien de su libertad y obligarle a someterse a tratamientos médicos sin un consentimiento libre e informado es, en sí misma, una violación a los derechos humanos.

El derecho a la capacidad legal, reconocido en el artículo 12 de la CDPD, establece que todas las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas. En Colombia, la Ley 1996 de 2019 reconoce plenamente este derecho, y establece el derecho a contar con apoyos para la toma de decisiones cuando la persona así lo requiera, sin que en ninguna circunstancia se pueda sustituir o ignorar su voluntad. No obstante, la violencia psiquiátrica sistemáticamente vulnera este derecho mediante.

- **Internamiento forzado:** La institucionalización sin consentimiento vulnera esta garantía a las personas a decidir sobre su propia vida y a ejercer control sobre su entorno
- **Medicalización forzada:** La administración de medicamentos psiquiátricos sin consentimiento informado anula la autonomía de la persona sobre su propio cuerpo y su salud.

⁵² COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Audiencia Regional: Afectaciones a los derechos de las personas con discapacidad y de personas mayores en instituciones de cuidado. Washington D. C.: CIDH, 5 de marzo de 2025. 183 Período Ordinario de Sesiones. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/sesiones/audiencia.asp?Hearing=3816>.

⁵³ El relato de María es uno de los veinte relatos que componen el libro En nombre propio: Relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad. Ver: ARDILA GÓMEZ, S. E. En Nombre Propio: relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad. Buenos Aires: Editorial de la Autora, 2019. 180 p. ISBN 978-987-86-0180-9.

- **Sistemas de sustitución de la voluntad:** Aunque la interdicción ya fue eliminada en Colombia (Ley 1996 de 2019), los procesos de institucionalización constantemente sustituyen la voluntad, permitiendo a terceros tomar decisiones en nombre de la persona con discapacidad, lo cual refuerza un modelo de negación de la capacidad legal.

b. Violencias dentro de las instituciones y condiciones deplorables de los centros

En los informes analizados por Iniciativa ALCE, un factor permanente en todos los espacios de encierro es la violencia que viven las personas encerradas. El abuso físico, psicológico y sexual por parte del personal de los centros ha sido reportado tanto por personas cuir, como por hombres y mujeres trans, o cisgénero. El uso de cuartos de aislamiento y formas de sujeciones químicas y físicas es común en todos los lugares.

La organización Disability Rights International (en adelante DRI) ha reportado en sus investigaciones la falta de conocimiento por parte del personal de los centros sobre buenas prácticas de trabajo con personas con discapacidad y estándares básicos de derecho humanos. Por el contrario, los hallazgos documentan casos de personas atadas a sus camas por días consecutivos, adolescentes forzados a hacer ejercicio físico de forma excesiva y, en general, tratamientos que son deshumanizantes y traumatizantes⁵⁴.

En Colombia se han identificado instituciones con condiciones deplorables a nivel estructural, de higiene y de sanidad. Por ejemplo, La Contraloría de Cundinamarca, en su informe sobre el Hospital Psiquiátrico Julio Manrique de Sibaté, reveló que el agua no era potable y contenía rastros de materia fecal; que solo se contaba con dos psiquiatras para 325 personas recluidas; que funcionaba un cementerio y horno crematorio sin las autorizaciones pertinentes, y que existían denuncias por fallecimiento de personas debido a desnutrición y abandono⁵⁵.

La violencia sexual por parte del personal de las instituciones es un patrón constante en todos los casos analizados.

54 DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL. Crimes Against Humanity: Decades of Violence and Abuse in Mexican Institutions for Children and Adults with Disabilities. Washington D. C.: DRI, 2020. Disponible en: <https://www.driadvocacy.org/reports/crimes-against-humanity-decades-violence-and-abuse-mexican-institutions-children-and-adults>.

55 SILVA, J. Escándalo en psiquiátrico de Sibaté. En: ElTiempo [en línea]. Bogotá, 2005. [citado 01 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1680618>.

En lo relativo a la violencia sexual, la Comisión destacó la existencia de denuncias sobre violencia sexual en agravio de las personas internadas en el Hospital sin implicancias penales⁵⁶.

El riesgo de abuso sexual es tan alto, que, para prevenirlo, los varones menores de edad de nuevo ingreso (adolescentes de tan sólo 15 o 16 años) son encerrados en cuartos de aislamiento⁵⁷.

No puedo proteger a las mujeres de ser violadas por los trabajadores que entran en las instalaciones. Entonces, las esterilizamos a todas.

Directora de Casa Esperanza⁵⁸.

No solo se han reportado hechos de violencia sexual, sino también casos de violencia reproductiva. Las esterilizaciones forzadas sistemáticas han sido denunciadas en varias instituciones, como lo documentó DRI en seis centros de México. Estas lógicas de control operan sobre los cuerpos y decisiones de las personas con discapacidad, en especial de las mujeres, quienes son sometidas a prácticas de anticoncepción, esterilizaciones y abortos forzados. Estas prácticas violan sus derechos sexuales y reproductivos, e impiden el ejercicio de una maternidad que, si así lo desearan, podría ser ejercida con apoyos.

Los argumentos que sustentan estos hechos se basan en razones “genético-eugenésicas, de control poblacional, el *mejor interés* de la persona con discapacidad, bienestar del Estado, la familia y la comunidad en el sentido de la *carga* que estos representan para sus cuidadores(as)”⁵⁹. En lugar de brindar protección ante la explotación, el abuso sexual o los embarazos, estas medidas incrementan la vulnerabilidad ante dichas violencias, por lo que deben analizarse en diálogo con múltiples formas de opresión⁶⁰.

56 COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Informe de Fondo y Nota de Envío a la Corte IDH: Caso N° 13.524, Personas sin implicancias penales internadas en el Hospital Nacional de Salud Mental Federico Mora respecto de Guatemala. Washington D. C.: CIDH, 2025. Disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/Corte/2025/GT_13_524_NdeREs.PDF.

57 DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL. Solicitud de Medidas Cautelares a favor de 334 pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental Federico Mora (Guatemala). Washington D. C.: DRI, 2012. Disponible en: <https://www.driadvocacy.org/sites/default/files/2025-04/Precautionary%20Measures%20Petition%20Guatemala%20%28In%20Spanish%29.pdf>.

58 DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL. Sin Justicia: Tortura, tráfico y segregación en México. Ciudad de México: DRI, 22 de julio de 2015. Disponible en: https://www.driadvocacy.org/sites/default/files/2024-01/Sin%20Justicia_ESPAN%CC%83OL.pdf.

59 TORRES MOLINARES, M. Esterilización forzada a mujeres con discapacidad cognitiva en Colombia: necesidad de un análisis con perspectiva de género. En: Revista de Derecho [en línea]. Bogotá: Universidad de los Andes, 2020. Vol. 5, pp. 94-126. [citado 10 de octubre de 2026]. ISSN 2539-5343.

60 TORRES MOLINARES, M. Esterilización forzada a mujeres con discapacidad cognitiva en Colombia: necesidad de un análisis con perspectiva de género. En: Revista de Derecho [en línea]. Bogotá: Universidad de los Andes, 2020. Vol. 5, pp. 94-126. [citado 10 de octubre de 2026]. ISSN 2539-5343.

1.2.1. La discapacidad como justificación de la privación de la libertad y de la violación del derecho al acceso a la justicia

35

En varios casos reportados, las personas con discapacidad psicosocial son privadas de su libertad en centros psiquiátricos con el pretexto de prevenir la comisión de delitos futuros. Esto no solo viola la presunción de inocencia, sino que impone una exigencia de comportamiento mayor sobre esta población a partir de prejuicios peligrasistas.

Como afirma Amalia Gamio, integrante del Comité de la CDPD⁶¹, en vez de juzgar la comisión de un delito como sucede con la población general, se utilizan argumentos basados en la discapacidad para encerrar a una persona sin un sustento legal claro. Esto disminuye las exigencias del debido proceso frente al resto de personas y vulnera el derecho al acceso a la justicia.

(...) los hermanos Ricardo y Estuardo Kostelecki García tenían un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. En el año 2011, los vecinos de la zona denunciaron a los hermanos ante la Fiscalía de Delitos contra el Ambiente por el mal olor y la contaminación ambiental que presentaba su inmueble. El Juzgado Quinto de Paz Penal solicitó, en el marco de dicho expediente, al Federico Mora que reciba a los hermanos. El 12 de octubre de 2011, los hermanos Kostelecki fueron ingresados al hospital... por tiempo indefinido⁶².

Diversos testimonios evidencian que la voz de las personas con discapacidad, encerradas en contra de su voluntad con el argumento de su falta de capacidad mental, es sistemáticamente ignorada. Además, se les impide mantener el contacto con su red de apoyo o con profesionales legales que puedan defender sus derechos y pedir su libertad.

61 COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Audiencia Regional: Afectaciones a los derechos de las personas con discapacidad y de personas mayores en instituciones de cuidado. Washington D. C.: CIDH, 5 de marzo de 2025. 183 Periodo Ordinario de Sesiones. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/sesiones/audiencia.asp?Hearing=3816>.

62 COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Informe de Fondo y Nota de Envío a la Corte IDH: Caso N° 13.524, Personas sin implicancias penales internadas en el Hospital Nacional de Salud Mental Federico Mora respecto de Guatemala. Washington D. C.: CIDH, 2025. Disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/Corte/2025/GT_13.524_NdeREs.PDF.

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

Ale Álvarez⁶³.

A pesar de ser centros sanitarios, el acceso a una atención en salud respetuosa, apropiada e individualizada es escaso. Tal como se reveló en el caso de Guatemala⁶⁴, apenas tres miembros del personal deben supervisar entre 60 y 70 personas, por lo que recurren a la sedación para lograr su tarea. La asistencia médica en la institución se limita a tratamientos psiquiátricos negligentes e inadecuados, privando a las personas de una atención integral para su salud.

Entre los efectos más severos de esta dinámica se encuentra el desempoderamiento progresivo de la persona. Este proceso inhibe su capacidad de tomar decisiones de forma autónoma, dado que son terceras personas quienes todo el tiempo deciden en su lugar⁶⁵. Se produce así una anulación de la posibilidad real de asumir riesgos y responsabilidades, como consecuencia de la institucionalización. A esto se suman los efectos nocivos sobre la integridad personal (física y psicológica) derivados de los tratos crueles, inhumanos o degradantes, los cuales atentan contra la propia vida (uno de los elementos constitutivos de la tortura).

63 REDESFERA LATINOAMERICANA POR LAS CULTURAS LOCAS, LA DIVERSIDAD PSICOSOCIAL, LA JUSTICIA, EL BUEN VIVIR Y EL DERECHO AL DELIRIO. Informe regional sobre la situación de los derechos de las personas con diversidad psicosocial en América Latina. Coordinado por A. Vásquez, P. Yauri Bellido y L. Berrios. Consultoría por G. Guzmán Martínez. Santiago de Chile: RedEsfera, 2023.

64 DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL. Solicitud de Medidas Cautelares a favor de 334 pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental Federico Mora (Guatemala). Washington D. C.: DRI, 2012. Disponible en: <https://www.driadvocacy.org/sites/default/files/2025-04/Precautionary%20Measures%20Petition%20Guatemala%20%28In%20Spanish%29.pdf>.

65 GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, Emma Erika. El obstáculo epistémico en la ley que define el encierro. Em: CONSTANTINO, Renato; BREGAGLIO, Renata y MONTECINOS, Andrea (eds.). Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento Académico de Derecho – Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica, 2024. p. 287-307.

Todas las inapropiables de las que he hablado e, incluso, aquellas que no han sido nombradas, representan resistencias que son gritos o silencios, exceso y posiblemente desorden. Sus rupturas son pequeños arañosos a los sistemas de dominación. Darle en la cara a la madre que quiere extraer tus ovarios, que impide tu promiscuidad, leer lo que quieras en los espacios que puedas, coger sin mediación de la norma, mentir, denunciar un acosador, ser la negra cimarrona rebelde, ir al bar de tango y emborracharse, darle en la jeta al patrón, usar trajes inapropiados, comulgar o no comulgar, fueron todas acciones de resistencia quizá no premeditadas. Sin embargo, la no planeación no disminuye el poder presente en estas acciones. Esta presencia indomable condujo a poner en marcha técnicas o procedimientos de aplicación del poder, como aquellas suministradas en los manicomios, en la policía y en las familias, para intentar contener esas fugas que no permitieron un armónico movimiento de los dispositivos de poder⁶⁶.

66 LONDOÑO BUSTAMANTE, Alejandra. Anómalas y peligrosas: el proyecto normalizador hacia las mujeres en Antioquia durante la primera mitad del siglo XX. Bogotá, 2016. Trabajo de grado (Magíster en Estudios de Género). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas.



El ecosistema del encierro en Colombia

2.1. Legislación y políticas públicas que permiten y promueven el encierro

Como se mencionó previamente, uno de los elementos constitutivos de la tortura es la participación activa o pasiva del Estado. En Colombia, esta participación se expresa en un conjunto de normas que contradicen a la Constitución, la CDPD y leyes estatutarias como la 1618 de 2013 o la 1996 de 2019, al permitir o promover la institucionalización y la medicalización forzada. De este modo, incrementan el riesgo de que se cometan actos de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes. A continuación, se presenta un breve resumen de estas leyes y políticas públicas, y se destacan sus principales problemáticas dentro del sistema de salud mental colombiano.

La normativa que compone el sistema de salud mental en el país es amplia y ha sido nutrida de forma predominante por el modelo médico de la discapacidad, que se alimenta a su vez por dos vertientes. La primera es una visión biomédica que concibe el malestar subjetivo como una *enfermedad mental* y, en consecuencia, limita las soluciones a tratamientos clínicos: psicofármacos, terapias y encierros en centros psiquiátricos u hospitales. La segunda es una visión eugenésica y paternalista de la discapacidad, la cual asume que las personas con discapacidad psicosocial no pueden tomar decisiones y representan un peligro para sí mismas o para la sociedad, por lo que deben ser controladas con los mismos esquemas. Ambos enfoques se reflejan en normas como la 1616 de 2013 y la 1306 de 2009, normas parcialmente derogadas, pero cuya sustancia sigue rigiendo ampliamente en las nuevas leyes y en las prácticas médicas.

Ley 1306 de 2009 – Protección e inclusión social de personas con discapacidad

Establece la categoría de la discapacidad mental absoluta: personas que, según esta ley, carecen de capacidad jurídica. Establece que quienes tengan *discapacidad mental absoluta* pueden ser internados en clínicas o establecimientos especializados por urgencia, calificada por el médico tratante o un perito designado por el Gobierno Nacional o el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. El internamiento debe cesar cuando se determine técnicamente que las causas que lo motivaron han desaparecido, según la opinión del personal de salud. A pesar de que gran parte de esta normativa está derogada por la Ley 1996 de 2019 —que reconoce la capacidad jurídica de todas las personas—, las prácticas de institucionalización forzada y de sustitución de la voluntad aún son frecuentes. De hecho, generalmente los funcionarios del sistema judicial recurren a la Ley 1616 de 2013 antes que a la Ley 1996 de 2019.

Ley 1616 de 2013 - Ley de Salud Mental

Esta ley tiene como objetivo desarrollar el derecho a la salud mental en Colombia. Aunque sitúa a la salud mental como un estado de bienestar diferenciado de la sola ausencia de enfermedad, en la práctica reproduce y legitima el modelo biomédico. Reduce la respuesta del Estado al malestar psíquico a una mera cuestión de acceso a servicios sanitarios y cobertura clínica, omitiendo los determinantes estructurales que orbitan alrededor de la discapacidad psicosocial. Ofrece casi que como únicas respuestas los medicamentos y la atención intrahospitalaria. Respalda la privación de la libertad haciéndola pasar por una *atención en salud*, lo que abre la puerta a dinámicas de violencia psiquiátrica descritas anteriormente.

Ley 2460 2025 - Sistema Nacional de Salud Mental

Esta ley crea el Sistema Nacional de Salud Mental en Colombia. Aunque reconoce la salud mental como una prioridad de la salud pública, contiene elementos profundamente problemáticos que refuerzan una visión reduccionista y medicalizada del malestar subjetivo: (i) invisibiliza los efectos que tienen los sistemas de opresión, la marginalización y la precariedad en el bienestar mental y emocional de las personas; (ii) aborda la salud mental desde una mirada patologizante como *la prevención y la cura de trastornos y enfermedades mentales*; (iii) sigue viendo la discapacidad psicosocial como una *enfermedad* y a las personas como *pacientes pasivos*.

A pesar de que en el artículo 11 incluye acciones complementarias para la integración familiar, social, laboral, entre otras, dicha mención se queda allí, no le da un reconocimiento real ni propone directrices dirigidas a implementar dichas acciones. Tampoco sugiere la creación de alternativas basadas en la comunidad, manteniendo un modelo institucionalizador y psiquiatrizante.

Aunque promueve la creación de figuras como los *agentes comunitarios de salud mental* —artículo 5, numeral 11—, reduce su rol a ser simples intermediarios del sistema de salud, limitando su formación al entrenamiento en primeros auxilios psicológicos. No contempla, por ejemplo, capacitaciones que brinden herramientas para fortalecer redes de apoyo mutuo, acompañamiento comunitario o estrategias territoriales que aborden las causas estructurales del sufrimiento, como la pobreza, la violencia o el aislamiento. Esto restringe el abordaje de la salud mental a rutas clínicas y tratamientos estandarizados, desconectados de la realidad social de las personas y de la importancia de las redes de apoyo entre pares.

En los artículos 20 y 25, la ley abre la puerta a formas preocupantes de hipervigilancia social y perfilamiento: plantea la formación de personal en distintos ámbitos, incluyendo el sistema educativo, para *detectar tempranamente alteraciones en salud mental*, sin un enfoque de derechos ni garantías claras sobre el consentimiento o los impactos de estas intervenciones, lo cual puede producir una cronificación del malestar, esto es, una agravación de las características del mismo.

Se coordinará con los comités la realización de tamizajes en salud mental para los estudiantes, docentes, directivos, personal administrativo y demás personas que estén vinculadas a la institución con el fin de generar un informe anual, a cargo de la Secretaría de Salud correspondiente, que permita arrojar alertas tempranas para prevenir y promover la salud mental. (Artículo 25, Ley 2460 de 2025)

Esta vigilancia preventiva, centrada únicamente en detectar síntomas, puede llevar a una hiper diagnosticación y medicalización de las infancias, especialmente de infancias y adolescencias que viven contextos de vulnerabilidad. Precisamente, estas prácticas de vigilancia es lo que perpetúa las lógicas manicomiales fuera de las instituciones de salud mental. En lugar de brindar apoyos reales, se corre el riesgo de que estas estrategias fortalezcan mecanismos de control institucional y reproduzcan formas de encierro simbólico y físico, especialmente para personas con discapacidad psicosocial y cognitiva. La ley, en su enfoque actual, refuerza el modelo biomédico, invisibiliza alternativas comunitarias y puede agravar la psiquiatrización temprana y no consensuada.

Como medida positiva, en el artículo 18, la ley incluye apoyos y capacitaciones para las personas cuidadoras, elemento clave para garantizar un trato respetuoso de estas hacia las personas con discapacidad. Sin embargo, no incluye capacitaciones ni apoyos directos para personas con discapacidad, ignorando su agencia e importancia en la relación interdependiente de apoyo y cuidado.

Finalmente, la ley en ningún momento reconoce ni dispone medidas de protección a la capacidad legal o la autonomía de las personas con discapacidad. Esto es altamente preocupante debido al elevado número de vulneraciones a este derecho que se registran diariamente en el Sistema de Salud Mental en Colombia. La ley se limita a reconocer el derecho al consentimiento informado frente al registro de medicamentos (artículo 36), habilitando al representante legal para tomar decisiones al respecto. Aunque puede haber casos en los que una persona haya designado a un representante legal, esto abre la puerta a la sustitución de su voluntad, tal como lo ha puesto sobre la mesa el

trabajo de Iniciativa ALCE. Lo anterior se debe a que, en una situación de crisis o malestar agudo, comprobar la validez de una representación legal que además respete la capacidad legal con base en la Ley 1996 de 2019 resulta improbable.

42

CONPES de salud mental

Esta norma, aunque define la política nacional de salud mental en Colombia, representa un retroceso preocupante al seguir anclada a un enfoque psiquiatrizante y clínico de la salud mental, contrario a los estándares de derechos humanos establecidos por la CDPD, las recomendaciones del Comité de la CDPD y las directrices de las Naciones Unidas sobre la desinstitucionalización. A pesar de que el documento reconoce la necesidad de fortalecer la atención en salud mental, su implementación concreta continúa priorizando indicadores como el número de camas disponibles, número de hospitalizaciones y número de remisiones a servicios psiquiátricos, en lugar de invertir en transformaciones estructurales que garanticen el derecho a la vida en comunidad y el acceso a apoyos significativos fuera del modelo biomédico.

El énfasis del CONPES en ampliar la capacidad hospitalaria y aumentar la atención especializada. Es decir que refuerza la institucionalización de personas con discapacidad psicosocial, en lugar de avanzar hacia servicios de base comunitaria, inclusivos y no coercitivos, como exige el artículo 19 de la CDPD. La inversión prioritaria en infraestructura psiquiátrica contradice abiertamente las recomendaciones del Comité de la CDPD, que ha insistido en la prohibición del internamiento forzado y en la urgencia de desarrollar políticas nacionales de desinstitucionalización con la participación directa de personas con discapacidad, incluyendo mecanismos de apoyo autónomo, redes de pares y servicios integrados en los territorios.

En lugar de fomentar condiciones para la vida independiente, el CONPES profundiza la medicalización del malestar psíquico, dejando intactas las causas estructurales del sufrimiento —como la pobreza, el racismo, la violencia de género, el capacitismo, el desplazamiento o la violencia armada— y excluyendo de manera sistemática a las comunidades del diseño e implementación de soluciones. Esta política, tal como está formulada, pone en riesgo el bienestar de las personas que se encuentran en agudas condiciones de marginalización, alimenta prácticas que pueden constituir tratos crueles o inhumanos y mantiene la idea de que el encierro es la única respuesta posible ante el malestar psíquico.

Normativa relacionada con las urgencias en salud mental

La Resolución 5521 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud colombiano asegura que, en caso de encierro en centros de salud mental, esta es la directriz que se debe seguir:

Artículo 67. Atención con internación en salud mental para la población general. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta persona ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.

*En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.
En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.*

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Como se puede evidenciar, este artículo no reconoce la autonomía de la persona con discapacidad para decidir sobre su internación. Aún más grave, la permanencia en la institución queda supeditada enteramente al criterio médico, sin fijar un límite temporal específico en caso de que el profesional tratante considere que la persona es peligrosa. Esto convierte el encierro en una condición indefinida donde la persona queda a merced del sistema de salud mental.

Sentencia T-178 de 2024 de la Corte Constitucional: institucionalización de un menor de edad

En la Sentencia T-178/24, que se publicó en 2025, la Corte Constitucional abordó el caso de una adolescente de 15 años diagnosticada con ansiedad, depresión e ideación suicida. Su tratamiento en un hospital psiquiátrico se vio interrumpido debido a obstáculos administrativos impuestos por su EPS y la medicina prepagada. Desafortunadamente, la joven falleció mientras se tramitaba la acción de tutela, lo que llevó a la Corte a declarar que ya se había producido un daño irreparable, es decir, que no se podían garantizar sus derechos fundamentales. A pesar de esto, la Corte reconoció que sus derechos a la salud y a la vida habían sido gravemente vulnerados. La decisión de la Corte se centró en ordenar medidas que aseguren la continuidad del tratamiento para niñez y adolescentes con experiencias de malestar psíquico o diagnós-

ticos de salud mental, así como en implementar acciones de reparación simbólica y seguimiento institucional.

44 | Desde la perspectiva de la desinstitucionalización y el modelo social de la discapacidad, la sentencia revela tensiones significativas. Se mantiene dentro del modelo biomédico de la discapacidad⁶⁷, ya que se enfoca en la necesidad de continuidad en el tratamiento, reafirmando el modelo hospitalario, sin considerar alternativas comunitarias o apoyos menos restrictivos. La experiencia de la joven adolescente ilustra cómo la lógica institucional se antepone a la autonomía y la participación activa de la persona afectada: durante todo el proceso de revisión por parte de la Corte, nunca se indagó por el verdadero interés y necesidad de la menor; su historia siempre es contada por otros —médicos, familiares, amigos—, lo que valida el encierro psiquiátrico sin cuestionarlo ni ofrecer opciones basadas en redes familiares, escolares o comunitarias. Esta falta de un enfoque crítico a la institucionalización perpetúa la dependencia de entornos cerrados y deja sin cambios las barreras estructurales que el modelo social de discapacidad busca dismantelar.

La siguiente tabla retoma la descripción de las normas descritas anteriormente y añade brevemente otras, para ofrecer un panorama de cómo ha evolucionado en Colombia el entendimiento de la salud mental.

67 Como hemos dicho anteriormente, en el modelo médico de la discapacidad, el foco está en la persona y su deficiencia, que se entiende como una anomalía patológica que limita su capacidad de llevar a cabo actividades que se consideran normales. En este modelo, el médico toma el rol de decidir quién es normal o anormal. Aunque ya no se busca la eliminación física de las personas con discapacidad, sigue existiendo una presión social que las empuja a ocultar o disimular sus diferencias para poder encajar en lo que se considera la norma (PALACIOS, Agustina. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cinca, 2008).

Compilación de normativa del Sistema de Salud Mental.

Resolución 2358 /
Política Nacional de
Salud Mental

1998

Primer marco político en salud mental, enfocado en violencia, conflicto armado y consumo.



Introduce un enfoque preventivo incipiente.



Problemas de implementación real y ausencia de enfoque territorial.

No confronta ni limita la institucionalización psiquiátrica. No menciona modelos comunitarios ni alternativas.

Lineamientos 2005 /
Ley 1122 / Ley 1306

2005-2009

Incluye la salud mental en los planes de salud pública. La Ley 1306 protege a las personas con discapacidad mental.



Introduce articulación con salud pública.



No establece una ruta clara de atención.

Reafirma la lógica de interdicción e institucionalización prolongada. No promueve autonomía ni redes de apoyo comunitario.

Ley 1616

2013

Reconoce la salud mental como un derecho y la enmarca en la promoción, prevención y atención integral.



Establece la salud mental como un derecho exigible.



Problemas de reglamentación y coordinación institucional.

Aunque menciona atención integral y comunitaria, no fija límites a la institucionalización. El modelo sigue centrado en el psiquiatra como figura de control.

Ley 1996 de 2019

2019

Regula el derecho a la capacidad legal y sus formas de ejercicio.



Reconoce plenamente la capacidad legal de las personas con discapacidad, con apoyos y ajustes razonables. Elimina la interdicción.



Implementación deficiente e interpretaciones restrictivas.

La implementación ha sido parcial y el concepto de capacidad legal aún no se comprende ampliamente.

Ley 2294 / PND

2023

Exige la actualización de la política nacional. Incluye atención en cárceles y formación profesional.



Reconoce grupos vulnerables y contextos críticos.



Depende del desarrollo normativo.

No plantea transición a modelos no institucionales ni critica la psiquiatrización en contextos penitenciarios.

Ley 2377

2024

Crea consultorios psicológicos comunitarios universitarios.



Acercamiento territorial y atención gratuita.



Cobertura parcial y dependiente del ámbito universitario.

Representa un giro hacia lo comunitario, pero no sustituye los centros psiquiátricos tradicionales.

Ley 2460

2025

Reforma la Ley 1616. Crea un sistema nacional, acceso directo, subcuenta presupuestal y enfoque diferencial.

» Reconoce múltiples determinantes de la salud mental y asigna presupuesto específico.

« Riesgo de lentitud en la implementación.

Prioriza la atención ambulatoria, de primer nivel, las redes comunitarias y la participación. Avanza frente al modelo médico-rehabilitador, pero no lo desmonta.

Decreto 0729

2025

Reglamenta la política nacional y refuerza el enfoque diferencial.

» Aporta herramientas técnicas.

« Requiere voluntad institucional local.

Incluye directrices para equipos comunitarios y atención extrahospitalaria. Avanza frente a la psiquiatrización forzada, pero requiere vigilancia sobre su aplicación real.

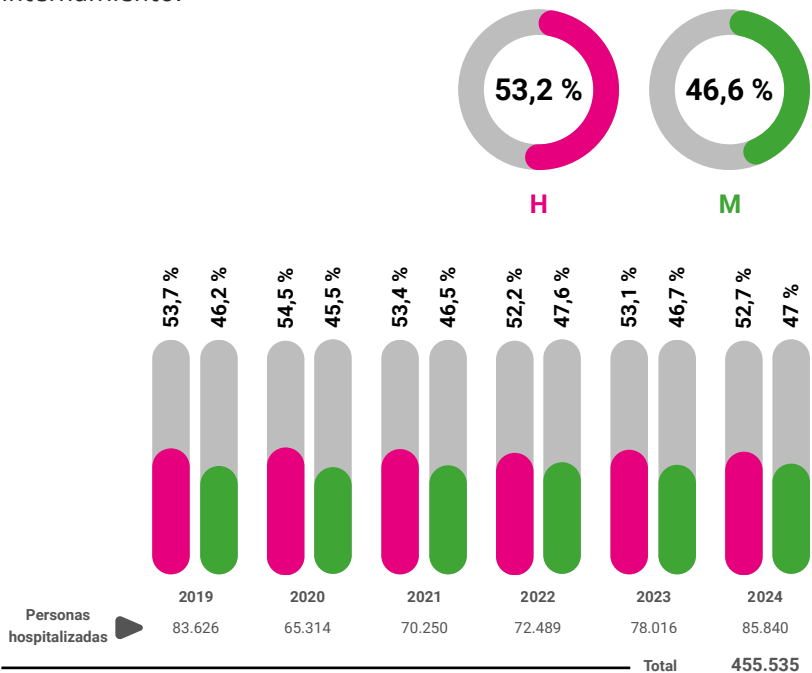
— Fuente: Iniciativa ALCE.

2.2. Las estadísticas del encierro en Colombia

I
48
I

Uno de los obstáculos para reconocer las violencias derivadas de la institucionalización es la falta de datos estadísticos que permitan conocer y atender a las personas que se encuentran institucionalizadas. A su vez, no basta con recopilar datos numéricos, es necesario preguntar y escuchar a las propias personas sobre sus realidades y necesidades en contextos de encierro por motivos de salud mental.

Según datos de una investigación en curso desarrollada por Iniciativa ALCE (manuscrito en revisión, 2026), entre el 2019 y el 2024, en Colombia se registraron al menos 455.534 hospitalizaciones⁶⁸ que partieron de diagnósticos psiquiátricos. No existe claridad suficiente sobre la duración real de estos internamientos, su voluntariedad y los procedimientos médicos realizados que, según testimonios de personas internadas en Colombia, muchas veces son coercitivos y avalados por un consentimiento informado ineficiente. Solo entre 2020 y 2024, el total supera las 422.000 personas hospitalizadas por razones psiquiátricas. La magnitud de estas cifras pone en duda el carácter excepcional del internamiento.



Fuente: Registro individual de Prestación de Servicios -RIPS

68 Según respuesta del Ministerio de Salud a la petición del 21 de julio de 2025 presentada por el equipo de Investigación de iniciativa ALCE

El análisis por sexo muestra una distribución relativamente estable, con una mayor proporción de hombres hospitalizados en todos los años observados. Sin embargo, esta información presenta importantes limitaciones analíticas derivadas de la ausencia de variables como la identidad de género en los registros oficiales. La clasificación binaria hombre-mujer utilizada en los sistemas de información en salud invisibiliza las experiencias de personas trans, trans-no binarias y otras identidades de género y sexualidades disidentes, produciendo un subregistro estructural que limita la comprensión real de los procesos de institucionalización psiquiátrica. Esta ausencia no constituye únicamente una falla técnica o estadística, sino que refleja las formas en que los sistemas biomédicos y administrativos reproducen marcos normativos cisheterosexuales que excluyen aquellas corporalidades y subjetividades que se apartan de la normas del género y la sexualidad.

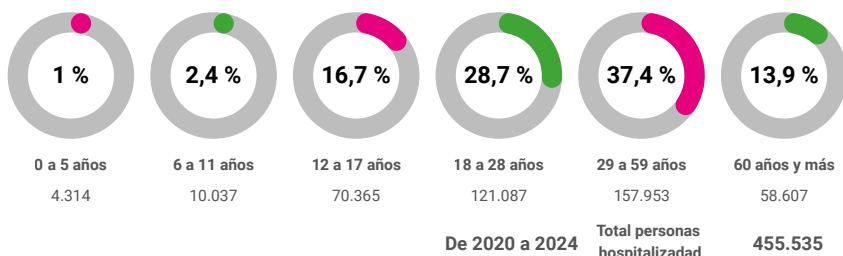
Desde una perspectiva situada, la falta de información desagregada impide identificar cómo las violencias por prejuicio⁶⁹, la patologización histórica de las identidades disidentes y las dinámicas de expulsión familiar, social e institucional pueden incidir diferencialmente en los procesos de hospitalización psiquiátrica.

Sumado a lo anterior, es evidente la limitada producción de información estatal/gubernamental que incluya un enfoque étnico-racial que permita comprender cómo el racismo estructural y las desigualdades territoriales que viven las poblaciones negras, indígenas, raizales y palenqueras configuran un riesgo de institucionalización. Las estadísticas oficiales invisibilizan sus experiencias diferenciadas al no desagregar la información por pertenencia étnico-racial. Esta ausencia reproduce jerarquías de producción del conocimiento que privilegian las realidades blanco-mestizas y urbanas, por encima de las de estas comunidades.

En regiones periféricas del centro político y económico, como la Amazonía, la Orinoquía o el Pacífico colombiano, persisten históricas brechas en infraestructura, acceso a servicios públicos, oferta de salud y sistemas de apoyo comunitario. Estas desigualdades territoriales generan condiciones particulares para las personas con discapacidad, que permanecen prácticamente ausentes en los registros oficiales. La falta de información invisibiliza los efectos de la exclusión territorial y limita

69 La teoría de la violencia por prejuicio sostiene que las agresiones hacia ciertos grupos marginados no son hechos aislados ni irracionales, sino actos punitivos con intencionalidad simbólica que buscan castigar la transgresión de normas sociales y mantener jerarquías de poder. Esta teoría fue formulada por la filósofa Maria Mercedes Gómez en su texto: GÓMEZ, M. M. Los usos del género en la violencia por prejuicio. En: CABAL, M. y MOTTA, C. (Eds.). Más allá del derecho: Justicia y género en América Latina. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2008. p. 85-118.

la formulación de políticas públicas que garanticen el derecho a vivir en comunidad, en consonancia con la CDPD. En otras palabras, las cifras no solo reflejan vacíos de información, sino que también reproducen las jerarquías históricas que han limitado el reconocimiento pleno de derechos.



Fuente: Registro individual de Prestación de Servicios -RIPS

Por edad, los datos son aún más reveladores: el grupo con mayor número de hospitalizaciones corresponde a personas entre 29 y 59 años, seguido por jóvenes entre 18 y 28 años. También aparecen, aunque en menor proporción, infancias y adolescencias, así como personas mayores de 60 años. Esto sugiere que la hospitalización psiquiátrica no es un fenómeno marginal ni restringido a situaciones extremas, sino una respuesta normalizada y frecuente al malestar en distintas etapas de la vida.

Por otro lado, como ya se mencionó anteriormente, la hospitalización psiquiátrica por tiempos prolongados no es la única forma en que las personas con discapacidad psicosocial y cognitiva se encuentran privadas de la libertad. También suelen estar segregadas en instituciones como cárceles, hogares geriátricos, centros de atención social, orfanatos e instituciones religiosas. Muchos de estos lugares operan sin supervisión estatal, a pesar la ocurrencia de hechos de violencia, incluida la sexual, documentada en varios informes y reportajes de prensa⁷⁰,

70. REVISTA SEMANA. Denuncian que auxiliar de enfermería habría violado pacientes psiquiátricas en hospital de Bogotá. Semana [en línea]. 6 de abril de 2022. [consultado: 30 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/denuncian-que-auxiliar-de-enfermeria-habria-violado-pacientes-psiquiatricas-en-hospital-de-bogota/202239/>; INFOBAE. Denuncian posibles casos de abuso sexual en importante clínica de Bogotá. Infobae [en línea]. 27 de abril de 2022. [consultado: 30 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2022/04/27/denuncian-posibles-casos-de-abuso-sexual-en-importante-clinica-de-bogota/>; REVISTA SEMANA. La historia de cómo una fundación para niños discapacitados se transformó en casa del horror, en Ibagué. Semana [en línea]. 24 de octubre de 2017. [consultado: 30 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/la-historia-secreta-de-la-casa-del-terror-en-ibague-de-la-fundacion-peces-vivos/544758/>; EL ESPECTADOR. Los otros casos de abusos y torturas en centros de atención a jóvenes y niños. El Espectador [en línea]. 21 de diciembre de 2021. [consultado: 30 de agosto

así como la imposición de terapias de conversión aplicadas a personas trans y con orientaciones sexuales diversas, o la psiquiatrización forzosa como un paso obligado para acceder a procesos de afirmación de género⁷¹.

Todas estas constituyen formas de segregación, ya que por la falta de condiciones de accesibilidad, muchas personas con discapacidad terminan confinadas durante largos periodos de tiempo y muchas veces contra su voluntad (sin consentimiento libre e informado). “En esas instituciones, las personas con discapacidad suelen ser objeto de vejaciones incalificables, desatención, formas graves de restricciones y reclusión, además de violencia física, mental y sexual. La falta de ajustes razonables en los centros de detención puede aumentar el riesgo de desatención, violencia, abusos, tortura y malos tratos”⁷². Esta situación, a largo plazo, merma las posibilidades de las personas que han sido institucionalizadas o están en instituciones a acceder a una vida independiente y en comunidad.

Es importante comprender la institucionalización como un proceso complejo y múltiple, que no se limita al encierro de las personas en contra de su voluntad, y su consecuente desprotección frente a los Estados y los mecanismos de justicia. La institucionalización ocurre en distintos niveles y espacios, que tienen en común la omisión de consentimiento libre e informado de las personas para cualquier intervención que recibirán.

La institucionalización, lejos de ser una forma de cuidado, es la fuente de continuas violaciones a los derechos humanos en diversos lugares del mundo. Con frecuencia se argumenta que la solución se debe enfocar en mejorar las condiciones dentro de las instituciones. Sin embargo, décadas de investigación demuestran que las dinámicas de poder del personal de salud frente a personas en situación de indefensión, así como los problemas éticos, los conflictos de intereses que surgen del

de 2025]. Disponible en: <https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/los-otros-casos-de-abusos-y-torturas-en-centros-de-atencion-a-jovenes-y-ninos/>.

71 Sobre esto ver: VOLCÁNICAS. Inconvertibles: La lucha en contra de las mal llamadas «terapias de conversión», una tortura para las personas LGTBIQ+. Volcánicas [en línea]. 5 de octubre de 2021. [consultado: 30 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://volcanicas.com/inconvertibles-la-lucha-en-contra-de-las-mal-llamadas-terapias-de-conversion-una-tortura-para-las-personas-lgtbiq/>.

72 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Asamblea General. Informe provisional del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Nueva York: ONU, 28 de julio de 2008. N° de doc. A/63/175. Párrs. 55 y 56. Disponible en: <https://docs.un.org/es/A/63/175>.

funcionamiento administrativo y la escasez de recursos, generan escenarios propicios para la vulneración de derechos. Más aún, la privación del derecho a la capacidad legal y a la vida en comunidad que sufren las personas encerradas por corto, mediano y largo plazo, es una razón suficiente para desestimar la institucionalización como una opción y empezar a adelantar esfuerzos para garantizar procesos de desinstitucionalización que tengan en cuenta las voces y necesidades de las personas que han sido víctimas de estas violencias.

En el informe ejecutivo de monitoreo y seguimiento a la CDPD⁷³, se aborda detalladamente el incumplimiento de la desinstitucionalización en Colombia, concentrando su análisis en el Eje 5: Vida Independiente y Desinstitucionalización y en las matrices de evaluación (Semáforo de Cumplimiento).

A continuación, se rastrean las principales referencias que evidencian este incumplimiento estructural

- Ausencia total de una política nacional y de planes de transición. El informe es categórico al afirmar que en Colombia “no existe política nacional, ni apoyos comunitarios, ni transición hacia desinstitucionalización”. Falta un plan nacional para el cierre progresivo de las instituciones y no existen lineamientos operativos ni cronogramas verificables para lograrlo.
- Falta de rutas de egreso para adultos. Se reporta una ausencia crítica de rutas operativas de transición o egreso hacia la vida en comunidad, especialmente para las personas adultas con discapacidad. Esta carencia prolonga los internamientos de manera innecesaria.
- La institucionalización como única respuesta ante la pobreza. Se señala una “emergencia de internamientos por pobreza, abandono o falta de apoyos”. Ante la carencia de alternativas de cuidado en la comunidad, la institucionalización sigue siendo la respuesta por defecto frente a situaciones de vulnerabilidad

73 Resumen ejecutivo de un informe de monitoreo y seguimiento, proyectado hacia el año 2025, que evalúa el cumplimiento en Colombia de la CDPD. El texto se estructura como una hoja de ruta técnica denominada la Agenda de lo Posible, la cual utiliza un enfoque metodológico integral basado en indicadores de estructura, proceso y resultado para contrastar la normativa vigente con la realidad de los territorios. Entre sus temas centrales, el informe diagnostica brechas estructurales críticas en áreas fundamentales como la educación inclusiva, la salud, el empleo y la participación política, subrayando una preocupante desconexión entre el censo poblacional y las personas efectivamente certificadas. ORGANIZACIÓN O INSTITUCIÓN AUTORA. Informe de Monitoreo y Seguimiento 2025 a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) [en línea]. Bogotá: [s.n.], 2025. 1 documento PDF. [consultado: 02 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://ruta-o-direccion-de-donde-se-descargo.pdf>.

social y económica. El mismo Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) reconoce que muchos de los ingresos a instituciones se deben a la vulnerabilidad social.

- Inexistencia de opciones comunitarias para personas adultas. El informe destaca que las modalidades de familias sustitutas o de acogida se limitan únicamente a infancias y adolescencias. Para les adultos con discapacidad no existen alternativas de apoyo comunitario ni modelos de vivienda con apoyos. En el caso de las personas menores de edad, se advierte que tampoco existe evidencia de una “moratoria formal a nuevos ingresos de niños en instituciones”.
- Opacidad y falta de datos oficiales. Hay una ausencia de bases de datos o registros nacionales que indiquen cuántas personas con discapacidad se encuentran institucionalizadas, bajo qué condiciones y por cuánto tiempo. El ICBF reporta cifras parciales sin desagregación por discapacidad.
- Ausencia de supervisión independiente. El documento denuncia que no hay entidades o mecanismos independientes de supervisión que monitoreen de forma regular las condiciones de las instituciones donde residen personas con discapacidad. Esta falta de vigilancia incrementa el riesgo de vulneraciones a la libertad, seguridad e integridad personal de estas personas.
- Calificación crítica/roja en el Semáforo de Cumplimiento. Al evaluar los indicadores de la ONU sobre el artículo 19 (Vida Independiente), el informe califica con nivel rojo/crítico aspectos fundamentales como la prevención de la institucionalización, la existencia de rutas de desinstitucionalización y la creación de alternativas comunitarias.

2.3. La economía del encierro

54 | El análisis económico sobre los costos que implica la institucionalización psiquiátrica es necesario y debe protagonizar los análisis de estos ecosistemas del encierro. Ello porque pone en evidencia, por un lado, para quién es conveniente continuar con un modelo que privilegia esta forma de tortura y, por otro lado, cuáles serían las alternativas presupuestales para desarrollar modelos basados en la autonomía y la inclusión comunitaria.

Actualmente, el Estado colombiano, a través de los Documentos CONPES 166 y 4149 y el ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud), financia un modelo ineficiente que prioriza el pago por *cama-día* en clínicas privadas, así como el aumento en la contratación de psiquiatras, por encima de la inversión en vida comunitaria.

Esta decisión político-administrativa va en contra de lo estipulado por las guías de desinstitucionalización de la ONU, que prohíben destinar más recursos a instituciones, incluso para mejorar sus condiciones físicas. Estas guías recomiendan que la inversión sea dirigida a financiar el plan de transición hacia la vida en comunidad mediante apoyos para lograr una vida independiente. Asimismo, estos fondos deben destinarse a reparar el daño causado a las personas con discapacidad víctimas de violencia psiquiátrica, institucionalización y dependencia farmacológica, incluyendo medidas compensatorias como subsidios de sostenimiento, cupones de alimentos e información accesible que garantice un tránsito seguro y tranquilo hacia la comunidad⁷⁴.

Esta situación evidencia la desconexión crítica entre la política pública y la realidad financiera, puesto que mientras el sistema gasta millones en mantener el aislamiento, la segregación y el encierro, se niega el financiamiento para ajustes razonables y sistemas de apoyos para la vida comunitaria.

74 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. Ginebra: ONU, 2022. 24 p. N° de doc. CRPD/C/5. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd-c5-guidelines-deinstitutionalization-including>

2.4. ¿Qué hay detrás de la solicitud de las familias de ampliar los programas de institucionalización para personas con discapacidad?

55

En una investigación cualitativa realizada en cinco departamentos de Colombia, Iniciativa ALCE, Sinergias ONG y Asdown Colombia se concluyó que el cuidado de las personas con discapacidad recae principalmente en las mujeres y su núcleo cercano⁷⁵. Esto ha generado que las mujeres abandonen el mercado laboral y el desarrollo de su proyecto personal para asumir las labores de cuidado directo e indirecto en sus hogares. Usualmente esto lo hacen con poco apoyo, lo que genera una sobrecarga que termina impactando negativamente a las personas con discapacidad, pues afecta la calidad de dichos cuidados⁷⁶.

Un sistema de cuidado con enfoque de discapacidad debe contemplar tres premisas: (i) la interdependencia o necesidad de otras personas para desarrollar las actividades de la vida diaria; (ii) la discapacidad es dinámica, una persona no requiere de los mismos cuidados y apoyos todos los días; y (iii) la discapacidad cambia durante el transcurso de la vida.

El estudio también evidencia que el cuidado es dinámico: en ocasiones son hijos con discapacidad quienes cuidan a personas mayores.

En este panorama, diversas familias que tienen en su núcleo a personas con discapacidad, de manera recurrente solicitan más servicios de institucionalización a corto, mediano y largo plazo, debido a las brechas de acceso a recursos que enfrentan para proveer cuidados y apoyo a esta población. En muchas ocasiones, quienes cuidan no fomentan la capacidad de las personas con discapacidad de tomar decisiones y adquirir herramientas para la vida diaria. Esto genera altos niveles de dependencia, lo cual provoca situaciones de vulnerabilidad, dejando como única opción viable la institucionalización.

75 INICIATIVA ALCE, ASDOWN COLOMBIA Y SINERGIAS ONG. Consultoría para el diagnóstico e identificación de necesidades de las personas con discapacidad que requieren asistencia o apoyo para el desarrollo de sus actividades cotidianas. Bogotá: ALCE, Asdown Colombia, Sinergias ONG, 2024.

76 NACIONES UNIDAS. CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Los sistemas de apoyo para garantizar la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad, entre otras cosas como medio para construir un futuro mejor tras la enfermedad por coronavirus (COVID-19): Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra: ONU, 2023. 21 p. Documento oficial A/HRC/52/52.

Hay dos asuntos en tensión frente a los resultados de la investigación realizada por Iniciativa ALCE, ASDOWN y Sinergias. Por un lado, faltan investigaciones que pongan en tensión la dicotomía entre persona cuidadora - persona con discapacidad, debido a que, como se expone más adelante, las personas con discapacidad usualmente tejen vínculos de cuidado con otras personas con discapacidad. En otras palabras, se invisibiliza el hecho de que las mujeres que asumen labores de cuidado suelen ser también personas con discapacidad. Por otro lado, a pesar de que la Ley 1618 de 2013 y la Ley 1346 de 2009 establecen lineamientos para promover la inclusión social y una vida digna para las personas con discapacidad, en la realidad el apoyo que reciben las familias es precario, sobre todo si estas familias enfrentan otras problemáticas estructurales como el racismo, el empobrecimiento y la discriminación basada en el género.

2.5. La institucionalización de infancias y adolescencias

La institucionalización no solo afecta a personas adultas con discapacidad, sino a infancias y adolescencias que se encuentran en el sistema de protección del Estado colombiano. En 2022 había más de 14,000 infancias institucionalizadas y de estas, cerca de 500 tenían entre 0 y 8 años según las cifras otorgadas por el Ministerio de Salud a una petición que presentó el equipo de investigación de Iniciativa ALCE en julio de 2025, en el marco de su investigación sobre los ecosistemas de encierro en Colombia. La separación de la infancia con discapacidad de su familia se basa en el Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, conocido como PARD. Este proceso está regulado por la Ley 1098 de 2006 y es un mecanismo especial que permite a las autoridades administrativas, como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus Comisarías de Familia, “asegurar de manera inmediata y efectiva los derechos de infancias y adolescencias frente a cualquier amenaza o vulneración, siempre siguiendo el principio del interés superior de las infancias”.

En principio, dicho proceso se basa en principios constitucionales como la legalidad, el debido proceso, la celeridad y la participación, y tiene plazos estrictos: debe resolverse en un máximo de seis meses, aunque en casos excepcionales se puede extender por otros seis meses. Además, se debe hacer un seguimiento que no puede exceder los dieciocho meses. Las decisiones tomadas deben estar bien fundamentadas, respetar el principio de autonomía progresiva y asegurar que la familia tenga voz en la formulación, seguimiento y evaluación de las medidas. Si las autoridades administrativas no cumplen con estas obligaciones,

estarían violando el marco normativo interno y comprometiendo la responsabilidad internacional del Estado por la violación de derechos protegidos por el sistema interamericano.

Las medidas de protección son diversas y, en *situaciones graves*, pueden incluir la separación de la persona menor de edad de su entorno familiar. Como parte de este proceso, el ICBF tiene la capacidad de decidir la ubicación inicial del menor en modalidades temporales, como centros de emergencia o hogares de paso. Esto asegura un entorno provisional mientras se determina la medida más adecuada. Con la Resolución 4199 de 2021, se establecieron directrices técnicas claras para implementar el modelo de atención en estas modalidades, guiando los procedimientos de restablecimiento y poniendo un fuerte énfasis en evitar la institucionalización prolongada.

A pesar de esta normatividad, Iniciativa ALCE ha registrado situaciones de graves vulneraciones a los derechos de infancias y adolescencias en las instituciones y hogares a las que son trasladadas. Persiste una segregación basada en la discapacidad dentro de estos espacios, así como episodios de violencia psicológica, física y sexual, sobremedicación y sobrediagnóstico de las denominadas *enfermedades mentales*, entre otras afectaciones que se profundizan a continuación.

Según respuesta a la petición —número de radicado SIM No. 1763366078— presentada por Iniciativa ALCE al ICBF, de 2017 a 2022 se encontraban 942,810 personas institucionalizadas, con medida de protección de internado, en instituciones contratadas por dicha entidad, distribuidas por rango de edad de la siguiente forma: de 0-5 años: 306.909, de 6-11 años: 297.237, de 12-17: 321.836, mayores de 18 años: 10.060 y sin información de edad: 6.768. De estas cifras, se reportan 30.632 personas con discapacidad. Esto incluso después de la promulgación de la Ley 1878 de 2018, que establece que las infancias con discapacidad no pueden ser sometidos a una medida de restablecimiento de derechos por el hecho de tener una discapacidad.

Actualmente, el ICBF ha sido la única institución que ha propuesto una iniciativa para promover la desinstitucionalización de infancias y adolescencias en Colombia. Sin embargo, es aún incipiente y se enfrenta a un sistema nacional que ha promovido la institucionalización y la ha entendido como una respuesta válida para infancias desde dos años de edad⁷⁷.

77 Mientras se escribía este concepto, la iniciativa estaba en curso por la directora nacional del ICBF, con el apoyo del gobierno del entonces presidente Gustavo Petro (2022-2026). Actualmente, con el cambio de dirección de esa entidad, promovido por

Un ejemplo claro de lo anterior son las guías que regulan la *Casa de acogimiento para la atención de niñas, niños y adolescentes con proceso administrativo de restablecimiento de derechos*. En dichas guías se observa con preocupación la clasificación de las casas de acogimiento bajo criterios biomédicos y segregacionistas, enfocados en institucionalizar a las infancias y adolescencias con discapacidad en espacios exclusivos, apartadas de la niñez sin discapacidad, contrario a lo establecido por el Comité de la CDPD⁷⁸. El Relator sobre la Tortura resalta el peligro que sufren estas personas de ser sometidas a tratos crueles e inhumanos en instituciones segregadas. El Comité recomienda a los Estados implementar estrategias claras y con plazos para la desfinanciación y eventual eliminación de estas instituciones y reemplazarlas por alternativas comunitarias o familiares⁷⁹.

La forma en que se ve la discapacidad desde el ámbito médico e institucional se hace evidente en las guías operativas que se están desarrollando para ayudar a les jóvenes a dar el salto hacia una vida independiente al salir del sistema. Al cumplir 18 años, después de haber estado bajo la *protección* del ICBF⁸⁰, estos jóvenes deben comenzar un proceso gradual para integrarse a la comunidad. Aunque las guías mencionan el enfoque de discapacidad y las Directrices sobre la desinstitucionalización de las Naciones Unidas —lo que sería un gran paso si se llevara a cabo en la práctica—, todavía se mantiene una perspectiva médica e institucional al tratar la desvinculación como un mero trámite administrativo por alcanzar la mayoría de edad. Esto ocurre sin reestructurar los apoyos comunitarios ni cuestionar la patologización que han

el nuevo presidente Abelo de la Espriella (2026-2030), es probable que el proyecto quede pausado e incluso desestimado.

78. NACIONES UNIDAS. COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad [en línea]. Ginebra: ONU, 2017. Documento oficial CRPD/C/GC/5. [consultado: 10 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-5-article-19-living-independently>.

79. NACIONES UNIDAS. COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad [en línea]. Ginebra: ONU, 2017. Documento oficial CRPD/C/GC/5. [consultado: 10 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-5-article-19-living-independently>.

80. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF). Guía para la preparación y el acompañamiento en el tránsito a la vida independiente de adolescentes y jóvenes que egresan del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) y del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) [en línea]. Bogotá: ICBF. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/g23.p_guia_para_la_utilizacion_del_formato_de_medicion_del_indice_via_v1.pdf

sufrido estos jóvenes. Esta falta de atención corre el riesgo de convertir la desinstitucionalización en un simple egreso formal que sigue perpetuando el desamparo⁸¹.

Sin duda, es preocupante la discriminación que enfrentan las personas con alta necesidad de apoyo, algo que se refleja tanto en el texto como en los servicios propuestos. Esto va en contra del mandato de la CDPD, que busca eliminar barreras y evitar la segregación por motivos de discapacidad. En particular, la guía establece un criterio de priorización para acceder al servicio que dice: “ser una persona con discapacidad física, visual, auditiva, sordoceguera, intelectual, psicosocial o múltiple, que no requiera apoyos generalizados ni asistencia personal permanente para llevar a cabo todas o la mayoría de las ABVD”. Además, los lineamientos indican que este servicio no podrá incluir a jóvenes que consuman sustancias psicoactivas o que tengan diagnósticos de salud mental que necesiten atención especializada en instituciones.

Tanto las Directrices sobre Desinstitucionalización de Naciones Unidas, como la CDPD y las interpretaciones del Comité de la misma convención, establecen que el acceso a derechos debe darse en igualdad de condiciones para todas las personas con discapacidad, sin discriminar por tipo de discapacidad o nivel de apoyo. Excluir del programa a personas con discapacidad psicosocial o que tengan alta necesidad de apoyos es una forma de discriminación.

Adicionalmente, la guía dispone que se alojarán a estos jóvenes en casas de aproximadamente 48 personas. Alojar a 48 jóvenes en un mismo espacio bajo el modelo de *transición a la vida adulta* representa un alto riesgo de replicar dinámicas institucionalizantes, incluso si el propósito es temporal o formativo. Según las Directrices de Desinstitucionalización del Comité de la CDPD, una institución no se define solo por su nombre o función aparente, sino por replicar prácticas que restringen la libertad, la autonomía y el derecho a vivir en comunidad. Espacios con grandes grupos de personas, rutinas impuestas, supervisión centralizada y decisiones colectivas que suprimen la individualidad tienden a reproducir formas de control similares a la institucionalización, incluso si tienen una fachada *pedagógica o de acogida*.

Para evitar esto, los entornos de transición deben garantizar condiciones alineadas con los derechos humanos: grupos pequeños, posibilidad

81 NACIONES UNIDAS. COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Observación general No. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Ginebra: ONU, 2017. 26 p. (CRPD/C/GC/5).

real de entrar y salir libremente, libertad para elegir horarios y rutinas diarias (como la hora de dormir o de comer), apoyo individualizado según las preferencias y necesidades de cada joven, posibilidad de personalizar y decorar su espacio, y participación directa en las decisiones que afectan su cotidianidad. Además, estos entornos deben estar insertos en la comunidad, no aislados de ella, y ofrecer apoyos móviles, no estructuras cerradas. La vida independiente no puede aprenderse en contextos que eliminan la autonomía; debe garantizarse desde el inicio, con apoyos dignos, accesibles y autogestionables⁸².

82. NACIONES UNIDAS. COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Observación general No. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Ginebra: ONU, 2017. 26 p. (CRPD/C/GC/5).



3.1. El proceso de transición a la vida en comunidad

La transición a la vida en comunidad enfrenta varias barreras que deben ser tenidas en cuenta. Según United for Global Mental Health, las personas que salen de periodos medianos o largos de institucionalización suelen enfrentar altos niveles de discriminación por parte de las comunidades a las que regresan, pues son vistas como personas peligrosas, débiles y que deben ser escondidas o vigiladas. Otra barrera se relaciona con la falta de experiencia laboral o educación por haber estado en instituciones por largo tiempo, a veces desde la infancia, lo que dificulta el acceso al trabajo. La falta de participación en la comunidad debilita los lazos familiares y de apoyo que tienen las personas; además, se espera que las familias asuman el rol principal y casi único de apoyo y cuidado⁸³. En el informe, la organización recogió las perspectivas de cientos de personas de 21 países que han vivido o trabajado en centros de institucionalización. Los resultados recopilaron las siguientes recomendaciones para empezar el tránsito a la vida en comunidad, las cuales se tradujeron y adaptaron por Iniciativa ALCE⁸⁴. Priorizar la dignidad humana en todos los espacios dirigidos a la atención de la salud mental, incluyendo la capacitación adecuada para el personal que brinda los servicios.

- Reformar la legislación relacionada con la salud mental y las políticas para prohibir la institucionalización y diseñar estrategias acordes a los estándares internacionales de derechos humanos.
- Designar un plan, con presupuesto específico, para terminar con la institucionalización.
- Aumentar la financiación estatal para generar estrategias de bienestar basadas en la evidencia y en los servicios comunitarios.
- Implementar sistemas de vigilancia y control para identificar y sancionar las violaciones a derechos humanos en los servicios que se presten.
- Garantizar la participación de personas con discapacidad, que viven con malestar y sobrevivientes a la violencia psiquiátrica en la toma de decisiones, proveyendo formación en derechos humanos y los ajustes y apoyos que necesitan para lograrlo.
- Capacitar a familias y cuidadores en derechos humanos, provisión de apoyos y maximización de la autonomía de las personas con discapacidad o que viven con malestar.

83. UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH. Out of Sight, Out of Mind: The Human Rights Case for Ending Institutionalization in Mental Healthcare. 2025.

84. UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH. Out of Sight, Out of Mind: The Human Rights Case for Ending Institutionalization in Mental Healthcare. 2025.

- Fortalecer las estrategias de recolección de datos y alternativas.
- Diseñar estrategias para eliminar el estigma en contra de personas con discapacidad psicosocial o que viven con malestar y promover el derecho a la vida en comunidad.

En concreto, un plan de desinstitucionalización debe adaptarse al contexto en el que se va a implementar, pero requiere pasos clave

- Establecer un presupuesto adicional para el proceso de desinstitucionalización, entendiendo que debe ser escalonado y progresivo para garantizar el bienestar de las personas que serán liberadas.
- Hacer un mapeo de las instituciones, las personas residentes, las condiciones en las que viven, y las familias y comunidades de las que vienen.
- Diseñar un plan con participación importante de las personas institucionalizadas para el cierre de la institución, poniendo el bienestar de las personas allí encerradas en primer plano. Se recomienda generar un comité de desinstitucionalización para cada establecimiento, con participación de la administración, el personal de la salud y personas institucionalizadas o que fueron previamente institucionalizadas.
- Diseñar un plan individualizado para cada una de las personas que están encerradas para su transición a la vida en comunidad. Este plan debe estar centrado en la voluntad de la persona y en el fortalecimiento de sus habilidades para la vida. Para esto se recomienda:
 - a. Hacer una valoración de habilidades y necesidades de apoyo.
 - b. Proveer información comprensible y amigable para las personas para garantizar su plena participación.
 - c. Establecer y fortalecer el contacto con la familia, personas de apoyo y círculo social de la persona.
 - d. Asignar un punto focal para el acompañamiento al diseño e implementación del plan para cada persona.
 - e. Identificar y facilitar espacios de vivienda⁸⁵ y sostenibilidad que garanticen la vida en comunidad y autonomía de la persona.

85 NACIONES UNIDAS. ASAMBLEA GENERAL. Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho a la de no discriminación a este respecto, Leilani Farha. Nueva York: ONU, 2017. 25 p. Documento oficial A/72/128.

- Facilitar capacitaciones continuas a proveedores de servicios de salud para garantizar un enfoque de derechos humanos y basado en la persona, que vaya más allá del modelo biomédico. Esto debe incluir capacitaciones para el diseño, acompañamiento y seguimiento a los planes de desinstitucionalización individuales. Además de implementar medidas estrictas de vigilancia a las violaciones a derechos humanos perpetradas.
- Diseñar e implementar servicios de apoyos basados en las personas y en derechos humanos que sean amigables y accesibles en las comunidades. Esto debe incluir la investigación, diseño y puesta en práctica de estrategias de desescalamiento de crisis de forma no coercitiva ni violenta, que ofrezca también perspectivas holísticas para abordar el malestar emocional, garantizando la seguridad física e integral de la persona.

El proceso de vida en comunidad debe empezar por un proceso de desinstitucionalización de las personas que aún se encuentran encerradas en centros psiquiátricos y el cierre paulatino de dichos centros para, a mediano plazo, llegar a la eliminación total de toda forma de institucionalización. Así, lo más importante de avanzar hacia la garantía del derecho a la vida en comunidad es diseñar un plan de transición que cuente con la plena participación de personas sobrevivientes a la institucionalización y, en especial, con las personas que están o han estado en instituciones por un periodo largo de tiempo. En esta materia es clave aclarar que el tipo de discapacidad o nivel de necesidad de apoyos no podrá ser una excusa para discriminar y excluir a las personas basándose en, por ejemplo, los diagnósticos.

3.2. Garantizando la vida en comunidad y sus alternativas

Después de tener y haber implementado un plan de transición a la vida en comunidad, es clave mantener servicios permanentes de apoyos y cuidados en el marco de una estructura basada en la comunidad y en la voluntad de las personas. Las Guías de desinstitucionalización de la ONU disponen que estos servicios deben tener como base las siguientes características⁸⁶:

|
65
|

1. El centro de todo es la autonomía y la vida independiente.
2. Se debe evitar a toda costa reemplazar las grandes o medianas instituciones por unas más pequeñas, cambiando solo el nombre y manteniendo prácticas restrictivas de la autonomía y la vida en comunidad.
3. Vivienda accesible. Ya sea a través de la provisión directa de viviendas o subsidios de alquiler, el Estado debe garantizar la disponibilidad de alojamientos accesibles y seguros. Estos alojamientos no deben estar bajo el control del sistema de salud mental ni de proveedores de servicios que hayan gestionado instituciones. Por el contrario, son viviendas que deben estar a cargo de las mismas personas con discapacidad, quienes firmarán contratos de arriendo o compraventa, y tendrán el derecho a usarlas como mejor dispongan, sin restricciones físicas o condicionales a tratamientos de salud. "Algunos ejemplos de servicios residenciales son las viviendas sociales, las coviviendas autogestionadas, los servicios de búsqueda gratuitos y la asistencia para impugnar casos de discriminación en materia de vivienda"⁸⁷.
4. Brindar un acompañamiento cercano a las personas con altas necesidades de apoyo o que llevan muchos años institucionalizadas para hacerle seguimiento a su proceso de vida en comunidad. Esto incluye acompañamiento para aprender a tomar decisiones y vivir de forma independiente, procesos de valoración

86 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. Ginebra: ONU, 2022. 24 p. N° de doc. CRPD/C/5. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd-c5-guidelines-deinstitutionalization-including>

87 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. Ginebra: ONU, 2022. 24 p. N° de doc. CRPD/C/5. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd-c5-guidelines-deinstitutionalization-including>, párrafo 32.

para acceder a apoyos y eliminar barreras para el fortalecimiento de redes en la comunidad a la que lleguen.

5. El acompañamiento familiar solo se dará si la persona con discapacidad lo acepta. En dicho caso, la familia puede ser fuente de apoyo, pero no la única.
6. El plan necesita tener un enfoque interseccional que tome en cuenta el género, la edad, la identidad étnico-racial y el contexto territorial. Los planes individuales se ajustarán a esta diversidad, maximizando los recursos que ya existen en las comunidades de origen de las personas con discapacidad. Además, se evaluarán los factores de riesgo para minimizarlos y se fortalecerán los factores protectores.

Uno de los puntos clave para garantizar el derecho a la vida en comunidad es el acceso a servicios y derechos básicos para generar un entorno habilitante. Este concepto implica el diseño de sistemas, servicios, procesos y estructuras que se basen en el diseño universal, esto es, que se piensen los principios de accesibilidad para facilitar el uso y participación a la mayor cantidad de personas posible. En la investigación realizada por Iniciativa ALCE, ASDOWN, Sinergias ONG⁸⁸, se agruparon las condiciones de un entorno habilitante en dos: las precondiciones generales que se necesitan para generarlo y un sistema de apoyos y cuidados para las personas que lo requieren.

3.2.1. Condiciones

El derecho a la capacidad legal plena y universal

Reconocido en el artículo 12 de la CDPD y la Ley 1996 de 2019, representa la garantía de no institucionalización, prohibiendo toda discriminación y encierro por motivos de discapacidad y la existencia de espacios segregados por tipo de discapacidad.

Acceso a educación y trabajo

Uno de los principales reclamos de las personas que participaron en la investigación es la falta de acceso a una educación de calidad, regular y con los ajustes razonables necesarios para el aprendizaje pleno. También la falta de capacitación para poder acceder a un trabajo formal que les permita sostener una vida digna.

88 INICIATIVA ALCE, ASDOWN COLOMBIA Y SINERGIAS ONG. Consultoría para el diagnóstico e identificación de necesidades de las personas con discapacidad que requieren asistencia o apoyo para el desarrollo de sus actividades cotidianas. Bogotá: ALCE, Asdown Colombia, Sinergias ONG, 2024.

Sistema de protección social

Diversas investigaciones han demostrado que vivir con discapacidad tiene sobre-costos que las personas con discapacidad no deberían tener la carga de cubrir. Esto genera que vivan en profundas condiciones de precariedad económica que limita su acceso a recursos. Por lo tanto, es clave que se incluyan estrategias para cubrir estos sobrecostos, como, por ejemplo, las transferencias monetarias, las cuales son apoyos financieros dirigidos a personas con discapacidad para compensar la exclusión del mercado laboral, la falta de ingresos propios y los costos adicionales derivados de la discapacidad. Estas transferencias incluyen subsidios, pensiones, becas o descuentos en servicios básicos, médicos y de transporte, y buscan aliviar la carga económica y favorecer la participación social. Sin embargo, en Colombia no existe una renta propia para esta población y, en la mayoría de los casos, los beneficios se entregan a familiares o cuidadores, lo que limita la autonomía de la persona y refuerza relaciones de dependencia.

Infraestructura física y digital

Una de las barreras más importantes identificadas en la investigación de ASDOWN, Iniciativa ALCE y Sinergias fueron las barreras de transporte y acceso a infraestructura. Para mejorar la accesibilidad al transporte, se deben incluir medidas como subsidios, descuentos, tarifas diferenciales, transporte punto a punto, vehículos adaptados, semáforos sonoros y parqueaderos preferenciales, además de programas de sensibilización y formación en movilidad. También se contempla el transporte aéreo en zonas rurales de difícil acceso o en situaciones de emergencia. Estas acciones buscan garantizar una movilidad segura, autónoma y equitativa, permitiendo el acceso efectivo a la vida comunitaria y a los programas estatales.

Financiamiento

Es clave que haya una asignación y gestión de recursos para garantizar que los programas y apoyos dirigidos a personas con discapacidad sean accesibles, efectivos y respondan a sus necesidades cambiantes, lo que requiere coordinación entre el Estado, las organizaciones y la participación activa de las propias personas con discapacidad.

Por su parte, la toma de conciencia y la educación buscan generar un cambio cultural que elimine prejuicios y discriminación, promoviendo la igualdad de derechos y oportunidades mediante campañas, formación docente y profesional, y la creación de entornos educativos inclusivos, en colaboración con familias, organizaciones y la sociedad civil.

3.2.2. Sistema de cuidados con enfoque de discapacidad

68 | La construcción de un sistema de cuidado con perspectiva de discapacidad requiere superar el paradigma individualista y capacitista, reconociendo que todas las personas somos interdependientes a lo largo de nuestras vidas. Tal como señala Butler, la vida humana está marcada por la vulnerabilidad y la dependencia mutua, y no por una autonomía absoluta⁸⁹. Esta idea permite comprender que el cuidado no es una condición excepcional, sino una constante en la experiencia humana.

Desde una perspectiva feminista, Eva Kittay⁹⁰ propone que el cuidado debe organizarse reconociendo la reciprocidad entre quienes lo reciben y quienes lo brindan, incluso en contextos de discapacidad. Esta autora resalta que la noción de cuidado no puede ser pensada únicamente desde la lógica de la asistencia unidireccional, sino como una red dinámica de apoyos que cambia a lo largo del curso de vida. En sintonía, Joan Tronto⁹¹ plantea la ética del cuidado como principio político, afirmando que el bienestar colectivo requiere una distribución justa del trabajo de cuidado. Esto implica aceptar que la necesidad de apoyos cambia diariamente, no solo por el estado físico o mental de la persona, sino también por su contexto social y relacional. Además, el modelo social de la discapacidad, formulado por Michael Oliver⁹², permite comprender que la discapacidad no reside en el cuerpo de la persona, sino en las barreras sociales que impiden su plena participación. Este enfoque está en la base de la CDPD, la cual reconoce el derecho a vivir de forma independiente y recibir apoyos que permitan la participación equitativa.

Por último, es clave visibilizar que el cuidado puede ser bidireccional. Por ejemplo, personas con discapacidad también pueden cuidar a otras, como hijos que cuidan a sus padres mayores, lo cual rompe con los estereotipos tradicionales sobre quién cuida y quién es cuidado⁹³. En

89 BUTLER, Judith. Marcos de guerra: las vidas lloradas. Traducido por Bernardo Moreno Carrillo. Buenos Aires: Paidós, 2010.

90 KITTAY, Eva Feder. Love's labor: Essays on women, equality and dependency. New York: Routledge, 2002.

91 TRONTO, Joan C. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge, 1993.

92 OLIVER, Michael. The politics of disablement. London: Macmillan Education, 1990.

93 KITTAY, Eva Feder. Love's labor: Essays on women, equality and dependency. New York: Routledge, 2002

ese orden de ideas, un sistema de cuidado con perspectiva de discapacidad debe contemplar las siguientes premisas: (i) la interdependencia de todos los seres humanos; sin importar si se es o no una persona con discapacidad, todos necesitan de otros para desarrollar las actividades de la vida diaria; y (ii) el nivel de necesidad de apoyo puede variar con el tiempo, debido a que la discapacidad es dinámica.

En ese sentido, la ausencia de sistemas de cuidado con enfoque de género, étnico-racial y de discapacidad ha generado una alta necesidad de tener instituciones que puedan encargarse de los cuidados de las personas con discapacidad cuando sus familias no pueden hacerlo. Sin embargo, como se ha demostrado previamente, las personas institucionalizadas pueden durar años aisladas de sus familias y comunidades, sin acceso a educación, trabajo, ni a la posibilidad de diseñar un proyecto de vida⁹⁴.

Por su parte, la solicitud de las familias de aumentar la institucionalización surge de la necesidad de tener algún tipo de respaldo por parte del Estado. Iniciativa ALCE ha conocido situaciones de personas que, en altos niveles de precarización, preferirían vivir con su familiar con discapacidad a tener que enviarle a una institución, si tuvieran los apoyos necesarios.

Para que el Sistema Nacional de Cuidado (SNC) garantice verdaderamente los derechos de las personas con discapacidad, debe evaluarse desde un enfoque centrado en la persona, que reconozca su autonomía, autodeterminación y capacidad jurídica, en lugar de reforzar lógicas médicas o asistencialistas. Esto implica asegurar su participación activa en las decisiones sobre su propia vida y cuidado, desarrollando apoyos y servicios que respondan a sus necesidades reales. Al mismo tiempo, debe reconocerse el rol clave de las familias y personas cuidadoras, generando medidas concretas para proteger también sus derechos, reducir las cargas desproporcionadas que asumen —muchas veces por la ausencia del Estado— y fortalecer redes de apoyo comunitario. La inclusión de estos enfoques no es una opción, sino una obligación derivada de la CDPD, que exige superar los modelos de atención centrados en la deficiencia de la persona, para avanzar hacia sistemas de cuidado que promuevan justicia social, vida digna e inclusión plena en la comunidad⁹⁵.

94 KITTAY, Eva Feder. *Love's labor: Essays on women, equality and dependency*. New York: Routledge, 2002

95 INICIATIVA ALCE, ASDOWN COLOMBIA Y SINERGIAS ONG. Consultoría para el diagnóstico e identificación de necesidades de las personas con discapacidad que re-

Las familias y personas que representan la red de apoyo de las personas con discapacidad deben recibir fortalecimiento en el enfoque basado en derechos y no un refuerzo en el estigma de la absoluta dependencia o de la *carga*. Un enfoque basado en derechos implica brindar capacitación sobre el sistema de apoyos para superar la categoría esencialista de *cuidador*. Parte de entender que los apoyos no son simplemente funcionales, sino que deben posibilitar la garantía de la autonomía de las personas con discapacidad. Esto quiere decir que no se deben centrar en reforzar la dependencia, sino en cerrar las brechas de acceso. La figura del cuidador, que puede ser replanteada como *persona de apoyo*, se concibe como una persona acompañante que posibilita la capacidad jurídica, no la restringe.

Finalmente, dichas políticas deben estar basadas en la noción de interdependencia del cuidado que rompe con la dicotomía de cuidador-cuidado y reconoce que

*Todas las personas necesitan apoyo de otras en algún momento, o incluso a lo largo de toda su vida, para participar en la sociedad y vivir con dignidad. Ser receptores de apoyo y prestar apoyo a otras personas son dos funciones que todos compartimos como parte de nuestra experiencia humana, independientemente de la deficiencia, la edad o la condición social. Sin embargo, aunque algunas formas de apoyo se han integrado de forma natural en el diseño social, otras, como las que requieren las personas con discapacidad, siguen siendo marginales*⁹⁶.

De acuerdo con las guías para la desinstitucionalización de la ONU, la oferta de apoyos debe ser amplia, capaz de adaptarse a necesidades específicas. Puede ser ofrecida por el Estado, la comunidad u organizaciones civiles. Pero a diferencia de la psiquiatría que pone el poder en el saber médico, el poder de decisión sobre los apoyos —tipo, cantidad y frecuencia— debe estar en cabeza de la persona con discapacidad que los requiere⁹⁷.

quieren asistencia o apoyo para el desarrollo de sus actividades cotidianas. Bogotá: ALCE, Asdown Colombia, Sinergias ONG, 2024.

96 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar: Prestación de apoyo a las personas con discapacidad. Ginebra: ONU, 2016. 23 p. Documento oficial A/HRC/34/58.

97 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. Ginebra: ONU, 2022. 24 p. N° de doc. CRPD/C/5. Disponible

3.2.3. ¿Qué tipo de apoyos y ajustes pueden existir?

Desde Iniciativa ALCE, con ASDOWN Colombia y Sinergias ONG, diseñamos dos categorías que pueden guiar a las personas para identificar qué servicios necesita:

Apoyos técnicos, animales y tecnológicos

En esta categoría se incluyen equipos y productos que faciliten que las personas con discapacidad puedan hacer las tareas cotidianas. Por ejemplo, puede haber aplicaciones digitales para facilitar la comunicación o recordar tareas importantes durante el día. También hay productos físicos como lápices adaptados, relojes con opciones auditivas o aparatos técnicos como bastones o sillas de ruedas. Entran también en esta categoría los perros guía o los animales de apoyo emocional.

Apoyos humanos y asistencia personal

Aquí se incluyen las necesidades de asistencia y apoyo que no pueden ser cubiertas por dispositivos o animales, sino que requieren la intervención de personas que trabajen junto con la persona con discapacidad. Estas personas son fundamentales para ayudar a superar barreras y facilitar las actividades diarias. Los profesionales que ofrecen su apoyo dentro del Sistema de Cuidado deben recibir una compensación justa y colaborar estrechamente con la persona con discapacidad y su familia para asegurar que se mantenga su dignidad. Según las necesidades específicas de cada individuo, el apoyo puede ser de unas pocas horas al día, algunos días a la semana, o incluso asistencia continua.

El sistema público debe garantizar el acceso a estos servicios, los cuales también deben contemplar:

1. Procesos de valoración de necesidades de cuidado y apoyo que se basen en el plan de vida de la persona, su contexto y el desarrollo de sus habilidades.
2. Servicios amigables, accesibles y cercanos a las comunidades para que las personas con discapacidad puedan acercarse fácilmente a solicitarlos.
3. Estrategias de sensibilización familiar y comunitaria para promover el enfoque de derechos humanos y la inclusión de las personas con discapacidad.
4. Promoción de las redes de cuidado entre pares y redes de apoyo comunitarias.

3.3. Perspectivas desde la experticia por experiencia y el apoyo mutuo

72 | La transformación social necesaria para lograr la desinstitutionalización exige un cambio de paradigma que abandone el modelo biomédico como la única perspectiva frente al malestar subjetivo. Esta lógica expropia a quienes transitan por estas vivencias de la capacidad de dotar de sentido y recursos emocionales sus propias crisis o el sufrimiento psíquico. Frente a esto, los movimientos en primera persona como el de Orgullo loco han propuesto la experticia por experiencia como un lugar de enunciación orientado a equilibrar la asimetría entre profesional y usuario. De este modo, se busca devolver la agencia, validar estas experiencias vitales y desplazar la comprensión del malestar de la esfera puramente individual para situarla como un fenómeno atravesado por el entramado social y político.

Las siguientes son estrategias que han retomado los activismos de personas exusuarias de servicios de salud mental, expacientes de hospitales psiquiátricos, neurodivergentes y locas para hacerle frente a su malestar por fuera del sistema de salud:

Grupo de Apoyo Mutuo (GAM)

Son espacios colectivos, horizontales y autogestionados donde personas que enfrentan situaciones o experiencias similares —como en el ámbito del sufrimiento psíquico— se reúnen de manera periódica y voluntaria para compartir sus vivencias, ofrecerse contención y desarrollar estrategias comunitarias de afrontamiento. Inspirados en el modelo de Alcohólicos Anónimos pero alejados de la tutela profesional, los GAM se organizan de forma autónoma; su fortaleza radica en la empatía, la reciprocidad y el reconocimiento del saber compartido⁹⁸.

En estos entornos, la ausencia de jerarquías y de roles institucionales afianza un clima de paridad y confianza. Esta dinámica fortalece las redes entre pares, potencia la agencia individual, reduce el estigma y promueve la autonomía de sus participantes.

El apoyo ha sido una de las estrategias más efectivas para que las personas con discapacidad y que transitan por el malestar emocional encuentren espacios seguros de diálogo y aprendizaje colectivo. Por un lado, la vivencia compartida subvierte la lógica del aislamiento

⁹⁸ CANALS, Josep. Los grupos de apoyo mutuo: una presentación actual de la reciprocidad [en línea]. España: Primera Vocal, 2017. [consultado: 31 de julio de 2026]. Disponible en: <https://primeravocal.org/los-grupos-de-apoyo-mutuo-una-presentacion-actual-de-la-reciprocidad-de-josep-canals/>.

biomédico al evidenciar que el sufrimiento psíquico es un fenómeno atravesado por factores comunitarios; por otro, teje lazos de solidaridad y saberes situados. A diferencia de los dispositivos psiquiatrizados —centrados en la patologización, la sospecha o el castigo—, los GAM operan con el consentimiento, permitiendo a las personas ingresar, retirarse o abordar sus necesidades a su propio ritmo. Experiencias como el GAM de Iniciativa ALCE demuestran que estas redes no se limitan a sesiones de escucha, sino que despliegan actividades culturales, acompañamientos individuales y apoyo en la gestión de servicios y derechos.

El Grupo de Apoyo Mutuo de Iniciativa ALCE

Se constituyó en el año 2022, en Bogotá, como un espacio de descarga y compartir entre pares para personas que viven con malestar subjetivo y se identifican desde la locura, la neurodivergencia, la discapacidad psicosocial o como usuarias de servicios de salud mental. Inició con encuentros presenciales y se transformó en un grupo virtual para garantizar la participación de personas fuera de la ciudad y como un ajuste razonable ante la baja energía vital.

El grupo desarrolla estrategias que fortalecen el apoyo mutuo entre pares como forma de transformación social para poblaciones históricamente aisladas por sus disidencias en la forma de percibir, expresar e integrar el mundo. Asimismo, plantea la pregunta profunda sobre cómo tejer redes comunitarias con personas en las que las barreras sociales han generado aislamiento y culpabilización frente a la sociabilidad. Es así como estas propuestas buscan centrar la experiencia vivida como fuente de conocimiento, reivindicación, cuidado colectivo y justicia de discapacidad.

En ese sentido, las propuestas del GAM articulan la politización con el apoyo mutuo para personas con discapacidad psicosocial. Desde su logística, el colectivo ha indagado sobre distintas formas de crear comunidad y ha profundizado en las herramientas de alivio del malestar desarrolladas por personas con experiencia vivida, a partir de las cuales se han creado las siguientes estrategias:

- **Sostenimiento GAM.** El crecimiento del GAM en sus cuatro años de funcionamiento ha sido exponencial, lo que ha presentado diversos desafíos y aprendizajes. Su sostenimiento ha mutado en el tiempo: actualmente, los grupos de descarga son sostenidos por una comisión facilitadora que rota la moderación del espacio y comparte inquietudes, perspectivas y aprendizajes sobre el rol. En la consolidación de la red también se han tomado decisiones grupales en torno a la comunicación, realizada principalmente vía WhatsApp. Para ello, se crearon las comunidades

GAM como ajuste razonable para necesidades diversas, dividiendo el chat general en subgrupos que atienden intereses específicos, proceso liderado por la comisión de comunicaciones. El sostén del espacio ha variado en distintos momentos. Anteriormente, la estructura operó mediante comisiones de sostenimiento guiadas a labores específicas: logística y navegación de conflictos. La primera está dirigida a la organización y desarrollo de tareas puntuales frente a eventos convocados por la colectividad. La segunda comprende las dinámicas colectivas para navegar las tensiones inherentes a la sociabilidad, creada a partir de diferencias que escalaron en conflictos y terminaron con la salida de personas participantes. Esto deja abierta la reflexión sobre cómo organizarse frente al conflicto y cómo asentar estas alternativas desde una perspectiva anticapacitista.

- **Oreja.** Dado que el grupo se dinamiza a través de WhatsApp, se implementó el sistema de orejas, consistente en solicitudes explícitas de escucha uno a uno entre pares en el chat. Alguien con disponibilidad puede ofrecerse para acompañar mediante texto, audio o llamada.
- **Brillitos GAM.** Son mensajes compartidos en el chat para nutrir la red con experiencias distintas a la crisis o el malestar agudo. Al inicio de la semana se realiza un compartir ligero para impulsar el arranque (fotos de animales, plantas, memes, pegatinas o canciones que habiliten otras emociones). Los viernes el objetivo es incentivar el intercambio de recursos emocionales para apoyar el fin de semana.
- **Karaoke GAM.** Respondiendo a las necesidades del grupo, esta estrategia nutre la descarga emocional a través del canto y la música, considerando que a no todas las personas les resulta cómodo o familiar descargar mediante la narración verbal en espacios grupales. Esta iniciativa ha fortalecido las redes de compañerismo entre las personas participantes.
- **Cosechas GAM.** Es un espacio liderado por la comunidad para recoger y compartir el saber generado entorno al alivio del malestar. Busca centrar el saber experto por experiencia para transformar las lógicas especialistas que desvirtúan la vivencia de las personas con discapacidad psicosocial desde la relación médico-paciente. En respuesta, se ponen en circulación aprendizajes desarrollados mediante técnicas como yoga, teatro imagen, costura, movimiento vital expresivo y collage, evidenciando que

las necesidades comunitarias exceden las propuestas del sistema de salud mental.

- **Cocinando juntas.** Es una iniciativa de apoyo comunitario para cocinar colectivamente los alimentos de la semana. Proporciona ajustes de accesibilidad para personas que experimentan baja energía, disminuyendo el riesgo de descompensación por baja alimentación y apoyando a quienes enfrentan barreras de acceso a recursos materiales.
- **Semillas GAM.** Es una estrategia para difundir la metodología del GAM a otras colectividades mediante el intercambio mutuo. El grupo comparte su modelo y las colectividades aportan sus propios saberes, tejiendo una red de aprendizajes que profundiza la diversidad del entramado social.
- **Escuela Popular Loca.** Es un ejercicio de politización y concienciación articulado al GAM donde el componente pedagógico sirve como herramienta de sensibilización y transformación a largo plazo. Dispone de herramientas críticas y prácticas para la construcción colectiva de saberes que cuestionan la reducción de la agencia material y simbólica impuesta por la patologización, nutriendo la solidaridad entre pares y la defensa del derecho a la vida en comunidad.
- **Escuela de oficios y economías solidarias.** Es un espacio orientado al conocimiento y práctica de oficios (carpintería, serigrafía y costura) para promover la autogestión de las personas con discapacidad psicosocial, reconociendo las barreras estructurales de acceso al trabajo y a recursos económicos. Promueve el aprendizaje práctico y la reflexión sobre la creación de redes asociativas e interdependientes.
- **Colectatón.** Es un ejercicio de recolección, sistematización y difusión que busca recoger las necesidades y recursos populares para el alivio del malestar subjetivo, los cuales sostienen activamente las vidas de las personas con discapacidad psicosocial más allá de la patologización y descentrando la voz médica como única autoridad.

- **Lecturas compartidas.** Son espacios de lectura y debate sobre la literatura que ha nutrido al movimiento de personas locas, sobrevivientes de la psiquiatría, usuarias y exusuarias de servicios de salud mental, neurodivergentes y personas con discapacidad psicosocial, funcionando como herramienta de colectivización de saberes.
- **Conversaciones compartidas.** Son espacios de facilitación y debate sobre ejes de reflexión colectiva. Se ha dinamizado en torno a la navegación de conflictos desde una perspectiva antipacifista, entendiendo que la crisis se sostiene en un entramado social y que su desescalamiento no coercitivo requiere del apoyo y transformación de los propios agentes comunitarios.

Estas herramientas desarrolladas por la colectividad de Iniciativa ALCE se adecuan a cada contexto. Para el grupo ha sido relevante construir comunidad frente a las fracturas generadas por el neoliberalismo y la práctica médica tradicional, las cuales han promovido el individualismo y la individualización del malestar, resultando indispensable contar con una red de apoyo para sostener la vida en comunidad.

3.4. Alternativas al encierro en Colombia y América Latina y El Caribe

En Colombia hay dos experiencias alternativas por destacar. En Cali, la experiencia de ASFAPEM (Asociación de Familias y Pacientes con Enfermedad Mental) muestra cómo la organización comunitaria de familias y personas con sufrimiento psíquico ha impulsado la desinstitutionalización desde la *Rehabilitación Basada en la Comunidad*. Su labor se centra en el acompañamiento familiar, el apoyo psicosocial y la articulación con la red de salud, aunque enfrenta fuertes barreras: vacíos legales en la aplicación de la Ley 1616, estigmas sociales, limitaciones presupuestales y falta de coordinación institucional. Aun así, ha dejado aprendizajes valiosos sobre el poder del apoyo mutuo y la abogacía de familias (ver documento *Mapeo de alternativas de vida en comunidad en Latinoamérica y el Caribe* en la página web de Iniciativa ALCE: www.alce.org.co).

Antes de pasar a la segunda experiencia, es necesario definir qué es la Rehabilitación Basada en la Comunidad o RBC. Se define como una estrategia integral de desarrollo comunitario que busca la igualdad de oportunidades, inclusión social y restitución de derechos de las personas con discapacidad (también aplicable para discapacidad psicosocial), actuando desde la comunidad, con participación activa

de las personas, sus familias, organizaciones locales y servicios públicos intersectoriales. No se enfoca solo en tratamiento clínico, sino en potenciar capacidades, reducir barreras sociales (estigma, discriminación), integrar los servicios de salud, educación, trabajo y apoyo social, y promover autonomía, liderazgo y calidad de vida.

Algunos puntos clave:

- Involucra participación comunitaria y corresponsabilidad: la comunidad no sólo recibe servicios, sino que coopera para definir necesidades, diseñar e implementar acciones⁹⁹.
- Maneja un enfoque multisectorial que incluye salud, educación, desarrollo social, trabajo, empoderamiento¹⁰⁰.
- Tiene componentes de inclusión social y empoderamiento: promover que la persona participe en lo familiar, comunitario, institucional; que sus derechos sean reconocidos y respetados¹⁰¹.
- Busca reducir barreras de acceso (geográficas, económicas, culturales), ampliar la cobertura y adaptar las acciones al contexto local¹⁰².

Por su parte, la Corporación Álamos en Itagüí desarrolla el programa Álamos Social, que promueve la vida en comunidad de personas previamente institucionalizadas. Ha logrado avances en autonomía, inclusión laboral y vínculos familiares, aunque su alcance sigue siendo reducido y dependiente de la sostenibilidad institucional¹⁰³. Para ampliar

99 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (Colombia). Lineamientos de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC: inclusión social de las personas con discapacidad. Bogotá: Ministerio de Salud; 2012: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-lanzo-lineamientos-de-la-Estrategia-de-Rehabilitaci%C3%B3n-Basada-en-Comunidad%20%28RBC%29.aspx>

100 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO; UNESCO; INTERNATIONAL DISABILITY AND DEVELOPMENT CONSORTIUM. Community-based rehabilitation guidelines. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <https://www.who.int/disabilities/cbr/en/>

101 LEDEZMA ORTEGA, Diana. Rehabilitación basada en la comunidad: una alternativa de inclusión y desarrollo comunitario para personas con discapacidad. Boletín Informativo CEI, Universidad Mariana; 2018. Disponible en: <https://repositorio.umariana.edu.co/handle/20.500.14112/26460>

102 LEDEZMA ORTEGA, Diana. Rehabilitación basada en la comunidad: una alternativa de inclusión y desarrollo comunitario para personas con discapacidad. Boletín Informativo CEI, Universidad Mariana; 2018. Disponible en: <https://repositorio.umariana.edu.co/handle/20.500.14112/26460>

103 CORPORACIÓN LOS ÁLAMOS. Informe de gestión 2024 [en línea]. Medellín: Corporación Los Álamos, 2025. 1 PDF. [consultado: 01 de noviembre de 2025]. Disponible

este tema se sugiere ver *Capítulo 29. Vida en Comunidad. Iniciativa de Los Álamos de Medellín*¹⁰⁴.

- 78 | Ambas experiencias muestran que la desinstitucionalización avanza sobre todo desde lo comunitario, pero también evidencian las limitaciones estructurales que impiden consolidarla como política pública de mayor escala. Adicionalmente, evidencia que aún persiste el modelo médico rehabilitador: si bien hay esfuerzos por crear vida en comunidad y superar los hospitales, aún es preponderante la etiqueta de paciente-enfermo mental y la centralidad de la medicación.

Por su parte, en América Latina y el Caribe se encuentran experiencias diversas, cada una con alcances diferentes, pero que permiten tener una radiografía de cómo a nivel latinoamericano se están adelantando los procesos de desinstitucionalización.

Nota: para una información más detallada de cada experiencia, con la bibliografía correspondiente, ver el documento *Mapeo de alternativas de vida en comunidad en Latinoamérica y el Caribe* en la página web de Iniciativa ALCE: www.alce.org.co.

Argentina

La reforma legal marcó un hito al prohibir los manicomios y promover apoyos comunitarios. Sin embargo, la resistencia del gremio médico, la persistencia de lógicas manicomiales y la falta de redes intersectoriales han limitado su alcance. Río Negro es un referente, pero en Buenos Aires los grandes hospitales aún siguen abiertos. Las dos experiencias que reseñamos de Argentina muestran un entendimiento del modelo psiquiátrico más robusto, puesto plantean la idea de los manicomios como instituciones que no han desaparecido, sino que, por el contrario, han sufrido transformaciones en su denominación y en algunas prácticas; pero haciendo parte, en el origen, del mismo modelo.

en: <https://losalamos.org.co/wp-content/uploads/2025/08/Informe-de-Gestion-2024.pdf>.

104. MI FAMILIA TV. Capítulo 29. “Vida en Comunidad”, iniciativa de Los Álamos de Medellín con apoyo del ICBF [en línea video]. YouTube, 1 de octubre de 2017. [consultado: 31 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=w-MW8K6ooWYI>.

México

Con experiencias como Open Hábitat, se ha impulsado la vida comunitaria y el reconocimiento de la capacidad jurídica. Aunque se visibilizan alternativas centradas en la autonomía y el apoyo entre pares, persisten resistencias institucionales y falta de financiamiento estable.

Brasil

La red de Centros de Atención Psicosocial (CAPS) ha sido un modelo fuerte de desinstitucionalización, integrando la salud mental a la comunidad. No obstante, en los últimos años los retrocesos políticos y presupuestales han puesto en riesgo la sostenibilidad de este modelo.

Chile

Se han creado Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y viviendas protegidas que buscan reemplazar el hospital psiquiátrico. El desafío ha sido la desigualdad territorial y la falta de recursos para sostener redes comunitarias más amplias.

Uruguay

El país avanzó con un plan nacional de salud mental que articula apoyos comunitarios y participación de usuarios y familiares. A pesar de los avances normativos, la cobertura sigue siendo parcial y dependiente de recursos locales.

Cuba

Cuba destaca por la integración de la salud mental al sistema de atención primaria, con equipos locales que acompañan en los barrios. Sin embargo, enfrenta limitaciones en medicamentos, recursos humanos y actualización técnica.

Haití

Tras el terremoto de 2010, se implementaron programas comunitarios con apoyo de ONGs, formando agentes locales y creando servicios descentralizados. Aunque representan un paso importante frente a la ausencia de hospitales especializados, dependen fuertemente de la cooperación internacional.

Bolivia

En Cochabamba, el Plan Integral de Salud Mental 2022–2026 apuesta por la desinstitucionalización mediante la creación de centros comunitarios y hospitales de día integrados al modelo SAFCI, con seis líneas estratégicas (gobernanza, vigilancia, prevención, fortalecimiento institucional, sustentabilidad financiera y servicios integrales). Diseñado con participación multisectorial y apoyo técnico de la OPS/OMS, busca preservar vínculos familiares y promover prevención y rehabilitación comunitaria; sin embargo, choca con limitaciones es-

tructurales —infraestructura débil, insuficiente personal especializado (uno o dos psiquiatras por 100.000 hab.) y una red regional todavía incipiente—. Lección clave: el enfoque territorial y la participación colectiva son replicables, pero su éxito exige inversión sostenida en recursos humanos, infraestructura y consolidación de la red.

| Las experiencias de desinstitucionalización en América Latina y el Caribe muestran que su implementación combina un fuerte marco normativo con enfoque de derechos humanos, la integración de la salud mental en hospitales generales y la creación de dispositivos comunitarios como casas de medio camino, centros de día y apoyos habitacionales y laborales (Río Negro, CAPS en Brasil, COSAM en Chile). El liderazgo de colectivos de usuarios y familiares ha sido clave, como en México con Entropía Social A.C. y en Uruguay con redes comunitarias. También son valiosas las estrategias intersectoriales que articulan salud, justicia y protección social, así como la formación continua de equipos en salud comunitaria.

Entre las limitaciones, persisten el estigma, la resistencia de gremios médicos y judiciales, la insuficiencia de financiamiento y la tendencia a la transinstitucionalización (trasladar el encierro a hospitales generales u otros dispositivos). La implementación desigual de las leyes, la fragilidad presupuestal y los retrocesos políticos —como en Brasil y Argentina— evidencian que el marco legal, aunque necesario, no es suficiente sin voluntad política sostenida y recursos estables.

Los aprendizajes para Colombia apuntan a que la desinstitucionalización no es solo cerrar hospitales, sino crear condiciones reales para la vida en comunidad: vivienda, empleo, redes de apoyo y servicios locales. Además, es crucial garantizar la participación de las personas con discapacidad (denominadas en estas experiencias como usuarios y pacientes) y sus redes de apoyo (generalmente familias), sostener la inversión pública y evitar que el discurso de salud mental comunitaria quede en el plano formal.

Conclusiones



La institucionalización y la psiquiatrización constituyen expresiones de violencia estructural que se sostienen en discursos, diagnósticos y prácticas profundamente marcados por el racismo, el clasismo, el género y otros marcadores de discriminación. Como han señalado autores críticos de la psiquiatría como Foucault, Szasz, o Basaglia, lo que se clasifica como *salud mental o enfermedad mental* responde a normas sociales y a exigencias de funcionalidad dentro del sistema económico y cultural dominante. De esta manera, se considera *mentalmente sano* a aquella personas que es útil, aceptada y productiva para el orden social, mientras que se etiqueta como *enfermo o desviado* todo comportamiento que desafía o incomoda dichas lógicas.

Este proceso de clasificación arbitraria acarrea enormes consecuencias sociales, pues pone a sujetos y colectivos enteros en riesgo de exclusión, encierro y pérdida de la libertad, bajo la justificación de una supuesta protección o tratamiento. Históricamente se ha considerado que la institucionalización, la medicalización psiquiátrica y los tratamientos realizados hacia personas que no cumplen con los requisitos de normalidad es una solución viable para *curarles* y permitir que se inserten en los parámetros aceptados.

Aunque el estándar de normalidad depende de cada contexto histórico y cultural, este fija criterios que han legitimado la obligación de la maternidad sobre las mujeres, la esclavización de las personas negras, el despojo territorial a los pueblos indígenas, la exigencia de funcionalidad productiva a las personas con malestar psíquico o la patologización de las personas trans.

Históricamente, la psiquiatría se ha configurado como una forma de control y limpieza social que, además, se vale prácticas que hoy en día constituyen múltiples violaciones a los derechos humanos, e incluso pueden llegar a ser clasificadas como tortura y tratos crueles e inhumanos con base en los estándares del derecho internacional: sometimiento químico, aislamiento involuntario y el mismo encierro. A pesar de la denuncia de activistas y organismos de la ONU de dichas prácticas, aún persisten normas en Colombia que permiten tratamientos forzados y promueven la institucionalización. Así, en contravía de avances como la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y la Ley 1996 de 2019 —que reconocen la capacidad legal y el derecho a la inclusión social—, normas como la Ley 1616 de 2013, el CONPES 4149 de 2023 y la Ley 2460 de 2025 mantienen disposiciones que permiten y promueven la sustitución de la voluntad y la vulneración a la autonomía personal. Esto configura una incompatibilidad normativa que vulnera el principio de supremacía constitucional y el bloque de constitucionalidad.

Bajo su vigilancia, el Estado colombiano ha permitido la hospitalización prolongada —de más de dos décadas— de muchas personas, así como la ocurrencia de hechos de violencia. La continuidad de estos hechos expone al Estado a ser responsable internacionalmente por el incumplimiento de la CDPD, la CAT y la Convención Americana sobre Derechos Humanos. De ahí surge su deber ineludible de iniciar un proceso de desinstitucionalización que reconozca la violencia ejercida en las instituciones, prohíba su existencia y diseñe políticas de transición hacia la vida en comunidad (artículo 19, CDPD), con cronogramas claros, recursos suficientes y participación efectiva de las personas directamente afectadas, que tengan en cuenta las guías hacia la desinstitucionalización publicadas por la ONU en 2025.

En consecuencia, garantizar el derecho a la vida en comunidad implica dismantelar los mecanismos de violencia psiquiátrica, promover alternativas de apoyo basadas en la autonomía y la dignidad, y reconocer que la diversidad de modos de ser, sentir y habitar el mundo no puede reducirse a categorías diagnósticas impuestas. Se trata, más bien, de sustituir las prácticas de encierro por políticas de inclusión y por comunidades capaces de sostener la diferencia sin patologizarla.

En relación con las alternativas al encierro, las experiencias revisadas en Colombia y América Latina evidencian que la desinstitucionalización tiene sentido solo si es acompañada de redes comunitarias sólidas, participación activa de personas de apoyo y, sobre todo, de las personas con discapacidad, así como articulación con otras organizaciones de la sociedad civil.

Si bien el marco normativo es un punto de partida importante, las limitaciones presupuestales, el estigma social y la persistencia de lógicas manicomiales muestran que el cierre de hospitales y centros de salud mental, por sí mismo, no garantiza inclusión ni autonomía.

Con base en este recorrido, el aprendizaje es claro: la desinstitucionalización debe traducirse en condiciones concretas de vida digna en comunidad —vivienda, trabajo, vínculos sociales y acceso a servicios locales—, reconociendo a las personas con discapacidad psicosocial como sujetos de derechos.

Bibliografía

ALCE, ASDOWN COLOMBIA Y SINERGIAS ONG. Consultoría para el diagnóstico e identificación de necesidades de las personas con discapacidad que requieren asistencia o apoyo para el desarrollo de sus actividades cotidianas. Bogotá: ALCE, ASDOWN Colombia y Sinergias ONG, 2024.

ARDILA GÓMEZ, Sara Elena. En Nombre Propio: relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad. Buenos Aires: Editorial de la Autora, 2019. ISBN 978-987-86-0180-9.

BUTLER, Judith. Marcos de guerra: las vidas lloradas. Buenos Aires: Paidós, 2010.

CANALS, Josep. Los grupos de apoyo mutuo: una presentación actual de la reciprocidad. En: Primera Vocal [en línea]. España, 2017. Disponible en: <https://primeravocal.org/los-grupos-de-apoyo-mutuo-una-presentacion-actual-de-la-reciprocidad-de-josep-canals>.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Audiencia Regional: Afectaciones a los derechos de las personas con discapacidad y de personas mayores en instituciones de cuidado. Washington D. C.: CIDH, 5 de marzo de 2025. Período Ordinario de Sesiones. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/sesiones/audiencia.asp?Hearing=3816>.

_____. Caso No. 13.524: Personas sin implicancias penales internadas en el Federico Mora, Guatemala. Washington D. C.: CIDH, 2025. Disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/Corte/2025/GT_13.524_NdeREs.PDF.

_____. CIDH llama a los Estados a garantizar los derechos de las personas con discapacidad en centros de salud mental. Comunicado de prensa no. 179/16. Washington D. C.: CIDH, 2 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2016/179.asp>.

DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL. Crimes Against Humanity: Decades of Violence and Abuse in Mexican Institutions for Children and

Adults with Disabilities. Washington D. C.: DRI, 2020. Disponible en: <https://www.driadvocacy.org/reports/crimes-against-humanity-decades-violence-and-abuse-mexican-institutions-children-and-adults>.

_____. Solicitud de Medidas Cautelares: 334 pacientes del Hospital Federico Mora (Guatemala). Washington D. C.: DRI, 2012. Disponible en: <https://www.driadvocacy.org/sites/default/files/2025-04/Precautionary%20Measures%20Petition%20Guatemala%20%28In%20Spanish%29.pdf>.

FONSECA SOUSA, P.; MACIEL, S. C. y MEDEIROS, K. T. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? En: Trends in Psychology. Abril-Junho, 2018. vol. 26, no. 2. Disponible en: <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-13Pt>.

GESSER, M.; BLOCK, P. y MELLO, A. Estudios sobre discapacidad: interseccionalidad, anticapacitismo y emancipación social. Traducido por Miriam Viridiana Verástegui Juárez. En: Andamios [en línea]. Mayo-Agosto, 2022. vol. 19, no. 49, p. 217-254. [citado 3 de septiembre de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632022000200217&lng=es&nrm=iso. <https://doi.org/10.29092/uacm.v19i49.924>.

GUERRA, I. Lucha contra el capacitismo: Anarquismo y capacitismo. [Fanzine]. Madrid: Editorial Imperdible, 2021.

HAWKINS, B. America's Most Popular Autism Therapy May Not Work — and May Seriously Harm Patients' Mental Health. En: The 74 [en línea]. 6 de marzo de 2024. [citado 20 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.the74million.org/>.

INFOBAE. Denuncian posibles casos de abuso sexual en importante clínica de Bogotá. En: Infobae [en línea]. Bogotá, 27 de abril de 2022. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2022/04/27/denuncian-posibles-casos-de-abuso-sexual-en-importante-clinica-de-bogota/>.

INICIATIVA ALCE. La institucionalización no es cuidado. Manuscrito en revisión para publicación. Bogotá: Iniciativa ALCE, 2026.

86 | KITTAY, E. *Love's labor: Essays on women, equality and dependency*. New York: Routledge, 2002.

| KLINGEMANN, J.; ŚWITAJ, P.; LASALVIA, A. y PRIEBE, S. Behind the screen of voluntary psychiatric hospital admissions: A qualitative exploration of treatment pressures and informal coercion in experiences of patients in Italy, Poland and the United Kingdom. En: *International Journal of Social Psychiatry*. Março, 2022. vol. 68, no. 2, p. 457-464. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00207640211003942>.

LEAF, J. B.; CIHON, J. H.; LEAF, R.; McEACHEIN, J.; LIU, N.; RUSSELL, N.; UNUMB, L.; SHAPIRO, S. y KHOSROWSHAHI, D. Concerns About ABA-Based Intervention: An Evaluation and Recommendations. En: *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Junio, 2022. vol. 52, no. 6, p. 2838-2853. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9114057/>.

LONDOÑO BUSTAMANTE, A. *Anómalas y peligrosas: el proyecto normalizador hacia las mujeres en Antioquia durante la primera mitad del siglo XX*. Bogotá, 2016, 185 p. Trabajo de grado (Magíster en Estudios de Género). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas.

LÓPEZ, M.; TORRES, J. y WEBER SUARDIÁZ, C. *Debates en el campo de la salud mental: práctica profesional y políticas públicas*. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP), 2017.

MATHUR, S. K.; RENZ, E. y TARBOX, J. Affirming Neurodiversity within Applied Behavior Analysis. En: *Behavior Analysis in Practice*. Junio, 2024. vol. 17, no. 2, p. 471-485. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11219658/>. <https://doi.org/10.1007/s40617-024-00907-3>.

McRUER, R. *Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability*. New York: New York University Press, 2006.

OLIVER, M. *The politics of disablement*. London: Macmillan Education, 1990.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York: ONU, 2006.

36 p. [citado 19 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>.

_____. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. Ginebra: ONU, 2022. N° de doc. CRPD/C/5. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd-c5-guidelines-deinstitutionalization-including>.

|
87
|

_____. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Ginebra: ONU, 2017. N° de doc. CRPD/C/GC/5. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-5-article-19-living-independently>.

_____. Consejo de Derechos Humanos. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad: Sistemas de apoyo. Ginebra: ONU, 2016. N° de doc. A/HRC/34/58.

_____. Consejo de Derechos Humanos. Los sistemas de apoyo para garantizar la inclusión en la comunidad de las personas con discapacidad, entre otras cosas como medio para construir un futuro mejor tras la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Ginebra: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos - OHCHR, 2023. N° de doc. A/HRC/52/52.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Peer support mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Ginebra: OMS, 2021. ISBN 978-92-4-002578-3. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025783>.

PALACIOS, A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cinca, 2008.

PIMENTEL, C. Violencia psiquiátrica: cuando te lastima quien tiene el trabajo de cuidarte. En: Salud con Lupa [en línea]. Lima, 2023. Disponible en: <https://saludconlupa.com/salud-mental/violencia-psiquiatrica-cuando-te-lastima-quien-tiene-el-trabajo-de-cuidarte/>.

REVISTA SEMANA. La aterradora historia del Hospital La Victoria en Bogotá donde un enfermero habría violado a 17 mujeres. En: Semana [en línea]. Bogotá, 6 de abril de 2022. Disponible en: <https://www.se->

mana.com/nacion/articulo/denuncian-que-auxiliar-de-enfermeria-habria-violado-pacientes-psiquiatricas-en-hospital-de-bogota/202239/.

88 | SILVA, J. Escándalo en siquiátrico de Sibaté. En: El Tiempo [en línea]. Bogotá, 2005. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1680618>.

| TORRES, M. Esterilización forzada a mujeres con discapacidad cognitiva en Colombia: necesidad de un análisis con perspectiva de género. En: Revista de Derecho [en línea]. Bogotá: Universidad de los Andes, 2020. no. 5, p. 94-126. ISSN 2539-5343.

TRONTO, J. C. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge, 1993.

UNITED FOR GLOBAL MENTAL HEALTH. Out of Sight, Out of Mind: The Human Rights Case for Ending Institutionalization in Mental Healthcare. London: United for Global Mental Health, 2025.

VOLCÁNICAS. Inconvertibles: La lucha en contra de las mal llamadas «terapias de conversión», una tortura para las personas LGBTQ+. En: Volcánicas [en línea]. 5 de octubre de 2021. Disponible en: <https://volcanicas.com/inconvertibles-la-lucha-en-contra-de-las-mal-llamadas-terapias-de-conversion-una-tortura-para-las-personas-lgtbiq/>.



Abolición de lógicas de castigo y encierro

The background of the page is white, with the right side featuring a series of horizontal, overlapping brushstrokes in shades of green and pink. These strokes are of varying lengths and thicknesses, creating a textured, artistic effect that suggests growth or layers of support.

Sembrando apoyo
mutuo y dignidad

www.alce.org.co