

Capacidad jurídica y discapacidad psicosocial: Entre el reconocimiento internacional y la regresividad en Ecuador

Legal Capacity and Psychosocial Disability: Between International Recognition and Regression in Ecuador

Recepción: 24/07/2025 • Revisión: 07/08/2025 • Aceptación: 15/09/2025 • Publicado: 05/01/2026

<https://doi.org/10.32719/29536782.2026.9.6>



Viviane Monteiro

Universidad San Francisco de Quito (USFQ) Quito,
Ecuador
vvanems@hotmail.com / vmonteiro@asig.com.ec

Resumen

El presente trabajo analiza la tensión entre el reconocimiento internacional de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial y la persistencia de prácticas discriminatorias en la legislación ecuatoriana. El artículo examina especialmente la reciente Ley Orgánica de Salud Mental y su Reglamento, en relación con los estándares consagrados en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Se plantea como objetivo identificar en qué medida la normativa ecuatoriana sobre capacidad jurídica reproduce prácticas incompatibles con los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial. Metodológicamente, se realiza una revisión histórico-crítica de la evolución del tratamiento jurídico de la locura y la discapacidad psicosocial, articulada con un análisis dogmático de fuentes normativas, jurisprudencia internacional y legislación nacional. Entre los resultados más destacados se demuestra la coexistencia de avances discursivos con una estructura normativa regresiva, que permite el internamiento involuntario, tratamientos forzados y figuras de sustitución de la voluntad, como la curatela. Se concluye que la superación de estas contradicciones requiere una reforma integral basada en el modelo de apoyos y en la garantía de la autonomía personal, como condición para la igualdad y la plena ciudadanía de las personas con discapacidad psicosocial.

Abstract

This paper analyzes the tension between the international recognition of the legal capacity of persons with psychosocial disabilities and the persistence of discriminatory practices in Ecuadorian legislation. The article specifically examines the recent Organic Law on Mental Health and its Regulations (2024) in relation to the standards enshrined in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The aim is to identify the extent to which Ecuadorian regulations on legal capacity reproduce practices incompatible with the human rights of persons with psychosocial disabilities. Methodologically, it provides a historical-critical review of the evolution of the legal treatment of insanity and psychosocial disabilities, articulated with a dogmatic analysis of normative sources, international jurisprudence,

Palabras clave

capacidad jurídica
autonomía
igualdad
discapacidad psicosocial
derechos humanos
Ley de Salud Mental

Keywords

legal capacity
autonomy
equality
psychosocial disability
human rights
Mental Health Law



and national legislation. Among the most notable findings is the coexistence of discursive advances with a regressive regulatory structure that allows for involuntary confinement, forced treatment, and substituted wills such as guardianship. The conclusion is that overcoming these contradictions requires a comprehensive reform based on the support model and the guarantee of personal autonomy, as a condition for equality and full citizenship for people with psychosocial disabilities.

Introducción

En las últimas décadas, la adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y su recepción en el sistema interamericano han transformado radicalmente la comprensión de la discapacidad psicosocial, desplazando progresivamente el paradigma biomédico tutelar hacia un enfoque de derechos humanos basado en la autonomía, la igualdad sustantiva y la participación plena en la vida social. Sin embargo, esta transformación normativa no se ha traducido de forma uniforme en los sistemas legales de América Latina, donde persisten dispositivos de sustitución de la voluntad y prácticas de internamiento involuntario que perpetúan patrones históricos de exclusión. El caso ecuatoriano constituye un ejemplo paradigmático de esta tensión: pese a avances constitucionales y a la reciente promulgación de la Ley Orgánica de Salud Mental (LOSM) y su Reglamento (RLOSM), subsisten disposiciones que contravienen estándares internacionales vinculantes, como el art. 12 de la CDPD y la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH).

Frente a este escenario, resulta imprescindible visibilizar cómo la persistencia de la interdicción civil, la curatela, los internamientos forzados y la inimputabilidad penal por trastorno mental reflejan la profundidad estructural de un modelo tutelar que resiste a su sustitución por sistemas de apoyo. Esta tensión evidencia la distancia entre el reconocimiento formal de la capacidad jurídica y su garantía práctica, una brecha que sostiene regímenes de control más que de emancipación, en abierta contradicción con la observación general n.º 1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), los informes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y los estándares técnicos del Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CEDDIS).

El presente trabajo tiene como objetivo analizar críticamente la coherencia entre la normativa ecuatoriana —en particular la LOSM, el RLOSM y disposiciones del Código Civil (CC) y del Código

Orgánico Integral Penal (COIP)— y los estándares internacionales y regionales en materia de capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial. Para ello, se emplea una metodología cualitativa de carácter histórico-crítico y dogmático, combinando la revisión de antecedentes doctrinarios y normativos con el estudio de jurisprudencia relevante de los sistemas universal, interamericano y europeo, complementada con el análisis del bloque de constitucionalidad ecuatoriano.

El artículo se organiza en cuatro apartados: el primero traza una genealogía histórica de la “incapacidad mental” como categoría de exclusión jurídica; el segundo examina el desarrollo del estándar internacional de derechos humanos sobre capacidad jurídica, con énfasis en la CDPD y su interpretación autorizada; el tercero aborda el estudio de caso de la legislación ecuatoriana, identificando avances y tensiones estructurales; y el cuarto formula una reflexión crítica sobre la necesidad de una armonización normativa integral que garantice la transición de un modelo de sustitución a uno de apoyos efectivos, en línea con la igualdad sustantiva y la ciudadanía plena de las personas con discapacidad psicosocial.

Tratamiento jurídico de las personas con trastornos mentales: modelo médico tutelar y orígenes del modelo social de la discapacidad

Comprender la evolución histórica del tratamiento jurídico de las personas con trastornos mentales resulta imprescindible para analizar críticamente los regímenes normativos vigentes y sus tensiones con los estándares contemporáneos de derechos humanos. La categoría de “incapacidad mental” no surgió de forma neutral ni aislada, sino como resultado de una construcción que, durante siglos, justificó la exclusión de amplios sectores de la población considerados “irracionales” o “peligrosos”. Esta “genealogía de la locura”, como la denominó Foucault, muestra que la figura del “loco” fue producida por dispositivos de encierro, disciplinamiento y control que encontraron en el

derecho una herramienta privilegiada para legitimar su intervención.¹

El derecho, lejos de actuar únicamente como garante de libertades, desempeñó históricamente un rol central en la institucionalización del saber psiquiátrico, facilitando la consolidación de regímenes de tutela y sustitución de la voluntad. Castel advierte que el surgimiento de la psiquiatría moderna y la expansión de los manicomios no solo respondieron a una lógica terapéutica, sino que fueron parte de una estrategia de gestión de riesgos y de control de la alteridad.² Así, a través de normas como la interdicción y la curatela, el derecho trasladó a la esfera civil el modelo de reclusión, traduciendo la “locura” en una condición jurídica de minoría permanente. Esta historia de exclusión estructural explica por qué aún subsisten regímenes que restringen o niegan la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial.

En la tradición occidental, la figura de la “locura” se consolidó desde la Edad Media como un fenómeno ambiguo, situado entre la marginalidad social y la caridad institucional. Durante siglos, las personas consideradas “locas” fueron percibidas como cuerpos ajenos a la lógica productiva y moral dominante; su permanencia en el espacio público se entendía como una amenaza o una anomalía que debía ser contenida. Foucault describe este fenómeno como “la gran internación”, cuando la sociedad europea confinó a quienes no encajaban en el ideal de razón —mendigos, prostitutas, delincuentes e “insanos”— en hospicios o casas de corrección, legitimando una separación física y simbólica respecto de la “sociedad cuerda”.³

Aguado explica que en estos primeros encierros se confundían la pobreza, la “deficiencia” y la desviación moral, lo que dio lugar a una categoría de “anormalidad” que prescindía de cualquier función social o productiva de la persona recluida.⁴ Esta exclusión marcó el inicio de lo que posteriormente

Palacios denominó “modelo de prescindencia”, una concepción de la discapacidad —y de la diferencia psíquica— como una condición que justifica la segregación de la vida social por considerarse irreparable o innecesaria para la comunidad,⁵ y que se tradujo jurídicamente en la negación de la capacidad de actuar: el “loco” era percibido como incapaz de autogobernarse y, por tanto, carente de voz en la esfera legal. Castel destaca cómo este proceso de exclusión temprana estableció las bases para la posterior medicalización de la locura, que institucionalizaría la idea de incapacidad bajo la apariencia de saber científico.⁶

Posteriormente, el siglo XIX marcó un punto de inflexión en la forma en que la sociedad occidental abordó la locura y su tratamiento jurídico. En este período se consolidó el modelo médico tutelar, una configuración histórica que articuló el saber psiquiátrico emergente con la legitimación legal de la exclusión mediante la reclusión manicomial y la restricción de derechos civiles.⁷

Con la profesionalización de la psiquiatría, la figura del manicomio se transformó en un dispositivo central de observación, clasificación y corrección de la alteridad psíquica.⁸ Pinel defendió el “tratamiento moral” como vía de humanización frente a prácticas de encadenamiento, pero su propuesta reforzó la autoridad médica para definir la normalidad y legitimar la reclusión.⁹ A su turno, Esquirol perfeccionó la noción de “alienación mental” como categoría pericial estable, lo que dotó a la psiquiatría de un rol forense determinante para acreditar incapacidad civil.¹⁰ En esta misma línea, Morel elaboró la teoría de la degeneración, que combinaba ideas moralizantes con argumentos biológicos, reforzando la idea de la locura como una tara hereditaria que amenazaba la “salud” de la sociedad.¹¹

Esta noción consolidó las ideas de la peligrosidad y la necesidad de segregación y se convirtió

1 Michel Foucault, *História da loucura na idade clássica* (São Paulo: Perspectiva, 1978).

2 Robert Castel, *La gestión de los riesgos* (Madrid: Siglo XXI, 1976).

3 Foucault, *História da loucura*.

4 Antonio Aguado, *Historia de las deficiencias* (Madrid: Escuela Libre Editorial / Fundación Once, 1995).

5 Agustina Palacios, *El modelo social de discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad [CERMI] / Ediciones Cinca, 2008).

6 Castel, *La gestión de los riesgos*.

7 Ibíd.; Foucault, *História da loucura*.

8 Castel, *La gestión de los riesgos*.

9 Philippe Pinel, *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania* (Porto Alegre, BR: Universidade Federal do Rio Grande do Sul [UFRGS], 2007); Foucault, *História da loucura*.

10 Étienne Esquirol, “Da lipemania ou melancolia (1820)”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 6, n.º 2 (2003), <https://tinyurl.com/5n6v8cch>; Castel, *La gestión de los riesgos*.

11 Benedict-Augustin Morel, “Tratado das degenerescências da espécie humana”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 11, n.º 3 (2008), <https://tinyurl.com/4cwu5jnb>.

en uno de los cimientos ideológicos del modelo médico de la discapacidad, entendida como deficiencia intrínseca, individual y estática que debe ser tratada —o contenida— mediante dispositivos de encierro, custodia o tutela.¹² Castel destaca que esta juridificación de la exclusión se plasmó en los códigos civiles decimonónicos, que incorporaron la interdicción y la curatela como figuras legales para declarar a la persona “civilmente muerta”, y trasladar la autoridad sobre su vida y patrimonio a representantes designados por la familia o el Estado.¹³

Por otra parte, Sabsay explica que esta configuración se inscribió en la lógica liberal del ciudadano racional: solo aquel individuo considerado capaz de actuar de forma autónoma podía ser sujeto pleno de derechos civiles y políticos. Quienes no encajaban en este ideal —ya fuera por diagnóstico psiquiátrico, por deficiencia percibida o por presunta “degeneración hereditaria”— quedaban relegados a una posición de tutela perpetua.¹⁴ Esta alianza entre saber médico y derecho consolidó un régimen de sustitución de la voluntad cuyos efectos perviven hasta hoy, como alerta Bach.¹⁵ Así, el siglo XIX fortaleció el manicomio como institución de encierro y sentó las bases del modelo médico de la discapacidad centrado en la “incapacidad mental” como diagnóstico jurídico de exclusión.¹⁶ Esta juridificación transformó la diferencia psíquica en una causa legítima para suprimir la capacidad de obrar y colocar a la persona bajo la autoridad de un representante, cristalizando la noción de la “minoría perpetua”.¹⁷

Así, el diseño de la interdicción civil operó como extensión del manicomio: el diagnóstico médico, elevado a prueba pericial, se convirtió en el fundamento para declarar la “incapacidad” y designar un curador para administrar su patrimonio, autorizar tratamientos médicos o decidir sobre su residencia.¹⁸ En la práctica, esta figura se aplicaba no solo a quienes permanecían internados en instituciones psiquiátricas, sino también a quienes eran consi-

derados “incapaces” de vivir de forma autónoma, lo que reforzó la lógica del encierro o de la tutela doméstica como forma de “protección”.¹⁹

En este sentido, Aguado destaca que esta estructura jurídica se alimentó de una concepción estática y hereditaria de la “incapacidad mental”, anclada en teorías como la de la degeneración (Morel), que postulaban la transmisión de taras morales y psíquicas a través de generaciones.²⁰ Así, la vigencia prolongada de la interdicción y la curatela en los sistemas civiles de Europa y América Latina evidencia la persistencia de este paradigma hasta bien entrado el siglo XX, perpetuando la exclusión jurídica de las personas con discapacidad psicosocial.²¹

En un primer momento, el transcurso del siglo XX trajo una serie de transformaciones que, sin desarticular completamente la matriz tutelar, comenzaron a cuestionar la legitimidad del modelo manicomial y la sustitución total de la voluntad como forma exclusiva de “protección”. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo, la emergencia de movimientos de desinstitucionalización y la crítica de la psiquiatría tradicional sentaron las bases para el desplazamiento conceptual de la locura como enfermedad incurable hacia la idea de la discapacidad psicosocial como categoría política y social.²² Uno de los hitos más significativos de esta transición fue la antipsiquiatría, encabezada por Basaglia, quien denunció el carácter opresivo y cronificador del manicomio, señalando que el encierro no respondía a fines terapéuticos reales, sino a la necesidad de segregar a quienes no encajaban en la lógica productiva de la sociedad capitalista.²³

Este cambio paradigmático propició, de forma paralela, la configuración del modelo social de la discapacidad, que significó un giro epistemológico respecto de la comprensión individual y biomédica de la “deficiencia”. Bajo este enfoque, se reconoce que las limitaciones funcionales no constituyen una carencia intrínseca de la persona, sino el re-

12 Palacios, *El modelo social de discapacidad*.

13 Castel, *La gestión de los riesgos*.

14 Leticia Sabsay, *Fronteras sexuales: Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía* (Barcelona: Paidós, 2011).

15 Michael Bach, “Legal Capacity, Personhood and Supported Decision-Making” (presentación, Canadian Association for Community Living, 2006), <https://tinyurl.com/3z5p7v5x>.

16 Palacios, *El modelo social de discapacidad*; Castel, *La gestión de los riesgos*.

17 Sabsay, *Fronteras sexuales*.

18 Castel, *La gestión de los riesgos*; Esquirol, “Da lipemania ou melancolia”.

19 Sabsay, *Fronteras sexuales*.

20 Aguado, *Historia de las deficiencias*.

21 Bach, “Legal Capacity”.

22 Paulo Amarante, *Loucos pela vida* (Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996); Franco Basaglia, *A instituição negada* (Rio de Janeiro: Graal, 1985).

23 Basaglia, *A instituição negada*.

sultado de barreras sociales, culturales y actitudinales que obstaculizan su inclusión y participación plena. Así, la discapacidad, incluida la psicosocial, se reconfigura como una forma de opresión estructural y no como una condición inherente, lo que abre la puerta a una reinterpretación de la capacidad jurídica como derecho clave para desmontar prácticas históricas de exclusión.²⁴ Con ello, es posible entender que la persistencia de regímenes tutelares no es una anomalía residual, sino la expresión de una historia de control que hoy exige ser transformada a través de un enfoque de derechos.

Reconocimiento de la capacidad jurídica en el derecho internacional

La capacidad jurídica constituye un derecho clave para las personas con discapacidad psicosocial, no solo por su contenido intrínseco, sino por su función estructural en el ejercicio del resto de los derechos fundamentales. Históricamente, esta población ha sido excluida a través de dispositivos que la han despojado de la titularidad y el ejercicio de derechos, reduciéndola a un estatuto de minoridad permanente. La interdicción, la curatela, el internamiento involuntario, la inimputabilidad y la sustitución de la voluntad son expresiones persistentes de esta exclusión, que se reproducen bajo nuevas formas en los sistemas jurídicos contemporáneos.

En este contexto, el reconocimiento de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones, consagrado en el art. 12 de la CDPD, marca un punto de inflexión. Este reconocimiento no es meramente formal: implica el derecho a ser titular de derechos y a ejercerlos por cuenta propia, en todos los aspectos de la vida. Así, la capacidad jurídica se convierte en una “condición de posibilidad” para el ejercicio efectivo de derechos como la libertad, la salud, la participación política o el acceso a la justicia. Sin ella, todos los demás derechos se vacían de contenido.²⁵

Así, el reconocimiento de la capacidad jurídica en el derecho internacional representa uno de los avances más significativos en la garantía de derechos humanos de las personas con disca-

pacidad psicosocial. Esta transformación conceptual y normativa ha sido liderada por la CDPD, particularmente en su art. 12, y se ha consolidado mediante la interpretación autorizada del CRPD, la jurisprudencia internacional y el desarrollo de estándares regionales.

Una distinción central en este marco es la que ha identificado el CRPD entre capacidad jurídica y capacidad mental. En efecto, la primera se refiere a la aptitud universal de toda persona para ser titular de derechos y ejercerlos por sí misma. La segunda, en cambio, alude a las funciones cognitivas o psicológicas utilizadas para tomar decisiones. El CRPD, en su observación general n.º 1 (OG1-CRPD), ha advertido que confundir estos conceptos ha legitimado prácticas históricas de exclusión y discriminación. El Comité afirma que “los sistemas de sustitución de la voluntad son incompatibles con el artículo 12”, y que toda persona debe ser presumida capaz en todas las circunstancias.²⁶ Esta presunción de capacidad constituye un principio estructurante del derecho internacional contemporáneo.

Consecuentemente, la utilización de la llamada “capacidad mental” como criterio jurídico para negar derechos representa una forma de discriminación indirecta. Este enfoque ha transformado la diversidad cognitiva o psicosocial en una categoría de riesgo, justificando intervenciones paternalistas e incluso coercitivas.²⁷ El caso *Guachalá Chimbo vs. Ecuador*, resuelto por la Corte IDH, representa un ejemplo emblemático de estas prácticas. En dicho fallo, la Corte declaró que el uso de diagnósticos psiquiátricos como base para decisiones judiciales o administrativas sin considerar la voluntad de la persona constituye una violación al art. 12 de la CDPD en relación con los derechos a la libertad, la integridad y el acceso a la justicia.²⁸

En efecto, dicha norma reconoce que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones en todos los aspectos de la vida, e impone a los Estados obligaciones específicas: reconocer la personalidad jurídica, asegurar el ejercicio de derechos, proporcionar apoyos, establecer salvaguardias y garantizar la igualdad en el acceso a la propiedad y a las finanzas.²⁹

24 Palacios, *El modelo social de discapacidad*.

25 ONU CRPD, *Observación general n.º 1* (2014). Artículo 12: *El igual reconocimiento como persona ante la ley*, 19 de mayo de 2014, CRPD/C/GC/1.

26 *Ibid.*, párrs. 22 y 28.

27 Bach, “Legal Capacity”.

28 Corte IDH, “Sentencia de 26 de marzo de 2021 (fondo, reparaciones y costas)”, *Caso Guachalá Chimbo y Otros vs. Ecuador*, 26 de marzo de 2021, párrs. 157-62, <https://tinyurl.com/3tdpmxpd>.

29 *Ibid.*, párr. 25.

En este contexto, según la OG1-CRPD, los Estados deben reformar sus sistemas jurídicos para abolir toda forma de sustitución de la voluntad. La sustitución incluye tanto decisiones tomadas por representantes legales como aquellas adoptadas por tribunales que actúan “en el mejor interés” de la persona, sin su participación activa. El CRPD sostiene que incluso las decisiones médicas sin consentimiento constituyen violaciones al derecho a la capacidad jurídica y a la integridad personal.³⁰ Al efecto, la CDPD impone un cambio paradigmático: pasar de un modelo tutelar a un modelo de apoyos.

Los apoyos pueden incluir acompañamiento por parte de personas de confianza, comunicación aumentativa, facilitadores jurídicos, intérpretes y redes de decisión compartida. Lo esencial es que estos mecanismos respeten las preferencias de la persona, sin imponer contenidos ni formas predefinidas. El informe de 2018 de la relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad refuerza esta visión, al subrayar que los apoyos deben ser accesibles y diversificados y estar centrados en la voluntad del titular del derecho. La provisión de apoyos no puede convertirse en una forma encubierta de control o sustitución, ni implicar que la persona deba demostrar su “merecimiento” de asistencia.³¹

Este desarrollo normativo ha sido acompañado por una creciente jurisprudencia internacional. En el ámbito del sistema universal, el caso *Bujdosó et al. vs. Hungría* marcó un precedente al declarar que la exclusión automática del derecho al voto por motivo de interdicción judicial violaba los arts. 12 y 29 de la CDPD.³² El CRPD estableció que toda persona, independientemente de su diagnóstico o nivel de apoyo requerido, conserva su derecho a participar en la vida política.³³ Asimismo, en sus observaciones periódicas a diversos Estados parte, el Comité ha reiterado que la implementación del art. 12 requiere eliminar los regímenes de tutela, modificar los códigos civiles y capacitar a jueces, médicos y operadores jurídicos.³⁴

En el sistema interamericano, el fallo del caso *Guachalá* representa un hito. Allí, la Corte IDH vinculó la negación de la capacidad jurídica con otras violaciones estructurales, como el internamiento involuntario sin consentimiento informado, la falta de control judicial y el uso de peritajes psiquiátricos como fundamento de decisiones públicas. La Corte afirmó que el modelo tutelar vigente en la legislación ecuatoriana era incompatible con la CDPD, y subrayó que los Estados deben construir sistemas de apoyo que garanticen el ejercicio autónomo de los derechos.³⁵

Asimismo, la CIDH ha reforzado esta visión en sus informes temáticos sobre discapacidad y salud mental. En particular, ha advertido que las prácticas de internamiento, la judicialización forzada y la restricción de derechos por razones de discapacidad constituyen violaciones sistemáticas que deben ser erradicadas. La CIDH recomienda avanzar hacia modelos comunitarios y centrados en los derechos, con participación activa de las personas con discapacidad.³⁶

El reconocimiento de la capacidad jurídica se proyecta como un derecho central porque condiciona el ejercicio de múltiples derechos conexos. Entre ellos destaca el acceso a la justicia, consagrado en el art. 13 de la CDPD. El CRPD ha señalado que las personas con discapacidad deben contar con ajustes de procedimiento, facilitadores y apoyos para participar plenamente en procesos judiciales.³⁷ En el caso *Guachalá*, la Corte IDH afirmó que la falta de apoyos adecuados y el tratamiento como “incapaz” impidieron a la víctima acceder a recursos efectivos, una forma de denegación de justicia.³⁸

A su turno, el derecho a la salud, regulado por el art. 25 de la CDPD, también depende del ejercicio de la capacidad jurídica. El consentimiento informado es una garantía esencial para evitar abusos médicos, tratos degradantes y violaciones al derecho a la integridad personal. La OG1-CRPD prohíbe que el consentimiento sea reemplazado

30 *Ibid.*, párr. 41.

31 ONU Asamblea General, *Informe de la relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad*, 20 de diciembre de 2016, A/HRC/34/58.

32 ONU CRPD, *Case Summary: Zsolt Bujdosó and Five Others v. Hungary*, 9 de marzo de 2014, CRPD/C/10/D/4/2011, párr. 10, <https://tinyurl.com/2ah8fw8r>.

33 ONU CRPD, *Observación general n.º 1*, párr. 9.4.

34 *Ibid.*, párrs. 17-29; ONU CRPD, *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados del Ecuador*, 21 de octubre de 2019, CRPD/C/Ecuador/CO/2-3, párrs. 25-8, <https://tinyurl.com/4w33whsm>.

35 Corte IDH, *Caso Guachalá Chimbo*, párrs. 160-7.

36 CIDH, *Informe: Situación de los derechos humanos de las personas con discapacidad en las Américas* (Washington DC: OEA, 2025), <https://tinyurl.com/4xd9kx3w>.

37 ONU CRPD, *Observación general n.º 1*, párr. 38.

38 Corte IDH, *Caso Guachalá Chimbo*, párr. 181.

por la autorización de tutores, jueces o familiares.³⁹ En *Fernandes de Oliveira vs. Portugal*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) analizó la muerte de una persona con trastorno bipolar bajo internamiento psiquiátrico involuntario. El Tribunal reafirmó que los Estados deben garantizar servicios de salud mental respetuosos de la dignidad y la autonomía del paciente.⁴⁰

Finalmente, la relación entre capacidad jurídica y libertad personal es directa. El art. 14 de la CDPD prohíbe la privación de libertad por motivos de discapacidad. Esta disposición implica que los internamientos forzados, incluso bajo justificación médica, deben considerarse detenciones arbitrarias. El CRPD sostiene que “la discapacidad no puede ser invocada para justificar la privación de libertad”.⁴¹ En el caso *Guachalá*, la Corte IDH reafirmó esta obligación, declarando que el internamiento involuntario de una persona con discapacidad sin su consentimiento ni revisión judicial constituyó una detención ilegal.⁴²

Un aporte fundamental a la construcción del estándar internacional sobre capacidad jurídica proviene del ámbito interamericano, más allá de los pronunciamientos de la Corte IDH y de la CIDH. La CEDDIS, como órgano técnico de la Organización de Estados Americanos (OEA) encargado de dar seguimiento a la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, de 1999, ha consolidado desde su recomendación general de 2011 una crítica sostenida a los sistemas de sustitución de la voluntad. La fundamentó en el marco regional previo a la CDPD y exigió a los Estados la armonización normativa con el art. 12 de la CDPD y la eliminación de figuras como la interdicción o la curatela, promoviendo en su lugar sistemas de apoyos individualizados y con salvaguardias.⁴³

Adicionalmente, el CEDDIS ha elaborado instrumentos técnicos como la *Guía práctica para el establecimiento de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad* —dirigida a jueces, notarios y legisladores—, que proporciona lineamientos concretos sobre

cómo garantizar la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad psicosocial en contextos jurídicos. En sus informes de evaluación a los Estados parte, ha constatado que, a pesar de reformas normativas parciales, los sistemas de sustitución siguen operando en la región como dispositivos de exclusión estructural.⁴⁴

El marco normativo internacional sobre capacidad jurídica, centrado en el art. 12 de la CDPD, redefine las relaciones entre derecho, discapacidad y autonomía, desplazando el eje de la intervención jurídica desde la tutela hacia el apoyo. Esta transformación supone no solo la derogación de figuras como la curatela o la interdicción, sino también la reformulación de los dispositivos institucionales, clínicos y sociales que sostienen prácticas de exclusión.

En efecto, en la OG1-CRPD ha fijado parámetros esenciales muy claros: 1. la capacidad jurídica es un derecho universal, indivisible e incondicional, cuya negación compromete directamente la efectividad de otros derechos como el acceso a la justicia, la salud o la libertad personal; y 2. son consideradas inválidas las justificaciones fundadas en “riesgos futuros” o “interés superior” sin voluntad expresada.⁴⁵ La jurisprudencia internacional ha avanzado en consolidar estos principios, pero la distancia entre el reconocimiento normativo y su implementación efectiva sigue siendo profunda. Esta tensión entre discurso y práctica, entre norma y realidad, constituye el eje de análisis del siguiente acápite, donde se examinará en detalle el caso ecuatoriano como expresión paradigmática de estas contradicciones.

Entre el reconocimiento normativo y la regresividad: análisis crítico de la ley ecuatoriana de salud mental

La Constitución de la República del Ecuador (CRE) de 2008 configura un Estado constitucional de derechos y justicia, en el que la dignidad humana, la igualdad sustantiva y la no discriminación constituyen principios rectores de todo

39 ONU CRPD, *Observación general n.º 1*.

40 TEDH, *Fernandes de Oliveira vs. Portugal* (Application n.º 78103/14), 28 de marzo de 2017, párrs. 106-11, <https://tinyurl.com/bp52c7j9>.

41 ONU CRPD, *Observación general n.º 1*, párr. 40.

42 Corte IDH, *Caso Guachalá Chimbo*, párrs. 157-62.

43 OEA CEDDIS, *Observación general sobre la necesidad de interpretar el artículo I.2, inciso b) de la CIADDIS a la luz del artículo 12 de la CDPD*, 4 de mayo de 2011, OEA/Ser.L/XXIV.3.1, <https://tinyurl.com/mvrjbckh>.

44 OEA CEDDIS, *Guía práctica para el establecimiento de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad* (Washington DC: OEA, 2024), <https://tinyurl.com/44cfwwy9>.

45 ONU CRPD, *Observación general n.º 1*, párr. 26.

el ordenamiento jurídico.⁴⁶ En este marco, los arts. 35, 47 y 48 reconocen de forma expresa a las personas con discapacidad como sujetos de atención prioritaria, y establecen la obligación del Estado de adoptar medidas para garantizar su autonomía, la eliminación de barreras y la plena efectividad de sus derechos. Este mandato se vincula de manera directa con la obligación de proteger el derecho a la salud integral, que incluye la salud mental como dimensión inseparable del bienestar individual y comunitario.⁴⁷ Así, cualquier norma o política pública en materia de salud mental debe interpretarse y aplicarse desde el principio de igualdad material y no discriminación, asegurando que la diferencia funcional no sea utilizada como fundamento para restringir la capacidad jurídica ni para legitimar regímenes de sustitución de la voluntad.

Consecuentemente, Ecuador ha desarrollado un bloque de constitucionalidad ampliado, que incorpora los tratados internacionales e instrumentos de derechos humanos. Este principio, consolidado doctrinariamente y reconocido por la propia Corte Constitucional,⁴⁸ exige la aplicación directa e inmediata de estos instrumentos y de la jurisprudencia vinculante de la Corte IDH. En tal sentido, Ávila Santamaría subraya que este enfoque garantista obliga a realizar un control de convencionalidad de toda norma interna, en especial aquellas que afectan a grupos de atención prioritaria, como la legislación en salud mental.⁴⁹ En consecuencia, el análisis crítico de la LOSM y su Reglamento debe partir de esta articulación entre los referentes constitucionales, el bloque de convencionalidad y los estándares internacionales de derechos humanos, lo que constituye el punto de partida para evaluar su coherencia o su regresividad frente a los derechos de las personas con discapacidad psicosocial.

En los últimos años, Ecuador ha avanzado en la reforma de su normativa sanitaria mediante la LOSM y su Reglamento, ambos de 2024, en un contexto de creciente presión internacional por armonizar la legislación nacional con los estándares de derechos humanos, sobre todo después de

los informes finales del CRPD y de la sentencia del caso Guachalá contra Ecuador. En este contexto, el proceso se ha dirigido hacia el abandono de modelos institucionales de atención psiquiátrica y la adopción de un enfoque comunitario, centrado en la autonomía y la participación activa de las personas usuarias del sistema de salud mental.

Vale resaltar que, en Ecuador, la adopción de la LOSM respondió a un largo proceso que evidenció la fragmentación del sistema de atención y la prevalencia de un enfoque hospitalocéntrico y biomédico. Anteriormente, el país contaba con el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 (PENSM), elaborado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), que reconoció la insuficiente cobertura, la falta de articulación intersectorial y la persistencia de prácticas que vulneraban derechos, como internamientos involuntarios y tratamientos forzados. Este plan enfatizó la necesidad de fortalecer un modelo de salud mental comunitaria, con participación de redes de apoyo familiares y comunitarias, y de superar la hegemonía del paradigma psiquiátrico institucional, en consonancia con los principios de la Declaración de Caracas.⁵⁰ No obstante, en la práctica, la ausencia de una regulación con rango de ley y la aplicación supletoria de disposiciones dispersas del Código de Salud y del CC invisibilizaron la situación de las personas con discapacidad psicosocial y perpetuaron la sustitución de la voluntad y la institucionalización prolongada, consolidando la brecha entre los compromisos asumidos por el Estado en la CDPD y la realidad normativa interna.⁵¹

En efecto, la LOSM constituye el primer cuerpo normativo con rango orgánico que regula de forma específica la atención integral en salud mental en el país, estableciendo principios, derechos y obligaciones para garantizar la promoción, la prevención, la atención, el tratamiento, la rehabilitación psicosocial y la reinserción comunitaria. Su estructura comprende disposiciones generales, un catálogo de derechos y deberes de las personas usuarias, la organización de la red integral de servicios, competencias de los niveles de gobierno y directrices para la articulación interinstitucional

46 Ecuador, *Constitución de la República del Ecuador*, Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008, arts. 1, 3, 11 y 66.

47 *Ibid.*, art. 32.

48 Ver Danilo Caicedo, "El bloque de constitucionalidad en el Ecuador: Derechos humanos más allá de la Constitución", *Foro. Revista de Derecho* 12 (2009), <https://tinyurl.com/7589k8s7>; Ecuador Corte Constitucional, "Sentencia", Caso n.º 11-18-CN (matrimonio igualitario), 12 de junio de 2019, <https://tinyurl.com/4pswddwe>.

49 Ramiro Ávila Santamaría, *Los derechos y sus garantías: Ensayos críticos* (Quito: Corte Constitucional para el Período de Transición, 2012).

50 Ecuador MSP, *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017* (Quito: MSP, 2014).

51 ONU CRPD, *Observaciones finales*.

e intersectorial. Asimismo, regula aspectos sobre la coordinación con la familia y la comunidad, la formación y especialización de talento humano, y los mecanismos de financiamiento y evaluación.⁵²

Entre los aspectos que pueden considerarse avances relevantes de la LOSM destaca, en primer lugar, el reconocimiento explícito de la salud mental como parte integral del derecho a la salud, en coherencia con el art. 32 de la CRE; se supera así la dispersión normativa que caracterizaba al marco anterior, basado únicamente en planes administrativos de corto plazo. En segundo lugar, regula la organización de una red integral de servicios y establece mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, respondiendo parcialmente a la fragmentación identificada en el PENSM. Finalmente, ha incorporado principios de promoción y prevención comunitaria, enfatizando la importancia de la participación familiar y local en la construcción de entornos saludables.⁵³

No obstante, en lo que respecta a la capacidad jurídica y la toma de decisiones, la LOSM regula el internamiento involuntario como una medida de “última instancia”, y permite que se disponga cuando exista un riesgo inminente para la vida de la persona o de terceros. Esta decisión recae en el equipo de salud responsable, sin requerir autorización judicial previa ni mecanismos independientes de revisión periódica.⁵⁴ A su vez, el RLOSM complementa esta disposición, reafirmando la excepcionalidad del internamiento involuntario y detallando las condiciones para la administración de tratamientos sin consentimiento, bajo la premisa de que la persona no cuenta con autonomía suficiente para la toma de decisiones clínicas. Además, especifica que, en casos de urgencia, el consentimiento puede ser otorgado por familiares o representantes, lo que refuerza la figura de sustitución de la voluntad cuando se presume afectada la capacidad mental.⁵⁵

En materia de consentimiento informado, la LOSM reconoce el derecho de las personas a recibir información clara y comprensible sobre diagnósticos, tratamientos y riesgos. Sin embargo, esta previsión se articula con disposiciones

reglamentarias que permiten la evaluación de la “capacidad de otorgamiento del consentimiento” por parte del personal médico, de modo que se habilita la intervención de representantes legales cuando se considere comprometida la autonomía del paciente.⁵⁶ Así, se siguen permitiendo prácticas como el internamiento involuntario, la administración de tratamientos sin consentimiento informado y el uso de diagnósticos clínicos como fundamento para restringir derechos.

En el ámbito penal, el COIP establece que para que una persona sea considerada responsable penalmente debe ser imputable y actuar con conocimiento de la antijuridicidad de su conducta. En este marco, la inimputabilidad por razón de trastorno mental se regula como una causa de inculpabilidad, prevista expresamente: “No existe responsabilidad penal en los casos de error de prohibición invencible y trastorno mental, debidamente comprobados”.⁵⁷ Este criterio sigue la tradición del modelo médico-tutelar, en tanto que el trastorno mental se concibe como una causa que suprime la capacidad de culpabilidad de la persona. No obstante, el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud física y mental ha advertido que los diagnósticos psiquiátricos no deben servir para justificar prácticas punitivas ni excluir a las personas de la protección penal, toda vez que pueden provocar tortura o malos tratos.⁵⁸

Esta lógica se articula con el CC, que mantiene vigentes las figuras de la interdicción y la curatela, previstas en los arts. 424 a 455. Estos establecen que las personas declaradas “dementes” o “enajenadas mentales” pueden ser sometidas a un proceso judicial de interdicción, con la designación de un curador que actúa en su nombre para administrar bienes, celebrar contratos y decidir sobre asuntos personales, lo que implica una sustitución total de la voluntad jurídica.⁵⁹

Esta estructura legal continúa funcionando como base supletoria para resolver situaciones de toma de decisiones en los ámbitos civil y patrimonial de las personas con discapacidad psicosocial. En la práctica, ambos regímenes —civil y penal— sostienen la noción de que el diagnóstico

52 Ecuador, *Ley Orgánica de Salud Mental*, Registro Oficial 471, Suplemento, 5 de enero de 2024.

53 *Ibíd.*

54 *Ibíd.*

55 Ecuador, *Reglamento a la Ley Orgánica de Salud Mental*, Registro Oficial 697, Suplemento, 4 de diciembre de 2024.

56 *Ibíd.*, arts. 9 y 11; Ecuador, *Ley Orgánica de Salud Mental*.

57 Ecuador, *Código Orgánico Integral Penal*, Registro Oficial 180, Suplemento, 10 de febrero de 2014, art. 35.

58 ONU Asamblea General, *Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, 28 de marzo de 2017, A/HRC/35/21, párrs. 80-5.

59 Ecuador, *Código Civil*, Registro Oficial 46, Suplemento, 24 de junio de 2005.

médico o psiquiátrico es determinante para excluir o limitar la capacidad de la persona, lo que refleja la pervivencia de un enfoque centrado en la sustitución de la voluntad. Además, esta lógica no solo otorga un poder excesivo a los profesionales de salud, sino que sustituye por completo la voluntad del sujeto, vulnerando su derecho a decidir sobre su vida, su cuerpo y sus procesos terapéuticos.

Así, la revisión de la legislación ecuatoriana en materia de salud mental y capacidad jurídica pone en evidencia una tensión estructural entre el reconocimiento formal de derechos, consolidado en la CRE y en instrumentos internacionales vinculantes, y la persistencia de prácticas normativas y administrativas que reproducen el paradigma biomédico tutelar. En el nivel constitucional, Ecuador se define como un Estado constitucional de derechos y justicia (arts. 1 y 11), reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de atención prioritaria (arts. 35, 47 y 48) y garantiza su autonomía, la eliminación de barreras y la igualdad sustantiva. Este mandato encuentra anclaje en el bloque de constitucionalidad, que incorpora la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la CDPD, exigencia reforzada por la Corte Constitucional y la doctrina nacional.⁶⁰

No obstante, la LOSM y su Reglamento, si bien introducen avances como el reconocimiento de la salud mental como parte integral de la salud y la promoción de redes comunitarias, mantienen mecanismos de internamiento involuntario y tratamiento sin consentimiento, basados en la noción de “autonomía suficiente”. Estos dispositivos replican la sustitución de la voluntad, contraviniendo la OG1-CRPD, que establece la presunción universal de capacidad jurídica, la obligación de proveer apoyos y la inadmisibilidad de condicionar derechos a evaluaciones psiquiátricas. Las observaciones finales del Comité reafirman esta incompatibilidad al instar a Ecuador a derogar figuras tutelarias y prácticas de internamiento forzado, sea de naturaleza clínica, civil o penal.⁶¹

En el mismo sentido, el CC mantiene la interdicción por “demencia”, con lo que consolida un régimen de curatela incompatible con la exigencia de apoyos y salvaguardias efectivas.⁶² El COIP profundiza esta tensión al prever la inimputabilidad por trastorno mental, reforzando el diagnóstico

psiquiátrico como fundamento de exclusión de la responsabilidad penal sin ajustes razonables ni medidas sustitutivas de privación de libertad, tal como señala Monteiro.⁶³

La Corte IDH, en el caso Guachalá, subraya la relación entre internamiento involuntario y desaparición forzada, y destaca la obligación de los Estados de garantizar la capacidad jurídica mediante controles judiciales efectivos. Por su parte, los informes de la CIDH y del CEDDIS refuerzan la lectura regional de que la persistencia de regímenes sustitutivos revela una regresividad estructural frente al modelo de apoyos.

Esta tensión estructural es visible incluso en la brecha entre la LOSM y el PENSM, que ya advertía en 2014 la fragmentación del sistema y proponía la transición a un modelo comunitario. Pese a avances normativos, la realidad jurídica ecuatoriana mantiene una matriz de control social que legitima la restricción de derechos mediante la presunta incapacidad mental.

Frente a este escenario, la única vía para superar la incoherencia entre discurso normativo y práctica regresiva es una reforma legislativa integral que armonice la LOSM, su Reglamento, el CC y el COIP con la CDPD y la interpretación de la Corte IDH, sustituyendo la lógica tutelar por sistemas de apoyos con salvaguardias efectivas y control judicial. Sin esta transformación estructural, la promesa de igualdad y autonomía de las personas con discapacidad psicosocial seguirá siendo puramente formal.

Conclusiones

El análisis realizado confirma que la relación entre el reconocimiento normativo de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial y su garantía práctica en Ecuador se encuentra marcada por una tensión estructural persistente. A partir de un recorrido histórico, se evidenció que la genealogía de la “incapacidad mental” como categoría jurídica de exclusión no es un fenómeno residual, sino una construcción social y legal profundamente enraizada, articulada históricamente con dispositivos de control social, internamiento y sustitución de la voluntad. Esta lectura permite comprender cómo, a pesar de los

60 Ver Ecuador Corte Constitucional, *Caso n.º 11-18-CN*; Ávila Santamaría, *Los derechos y sus garantías*.

61 ONU CRPD, *Observaciones finales*, párrs. 25-30.

62 Ecuador, *Código Civil*, arts. 424-55.

63 Viviane Monteiro, “Medida de seguridad en Ecuador y en Brasil: Análisis comparado”, en *Libro en homenaje al doctor Alfonso Zambrano Pasquel a sus 75 años de vida. Tomo II*, comp. Jonathan Murillo (Quito: Murillo Editores, 2024).

avances formales de la CRE y la incorporación de la CDPD al bloque de constitucionalidad, las prácticas regresivas siguen normalizadas en la legislación y en la cultura jurídica.

En términos normativos, la revisión de la LOSM y su Reglamento muestra que, si bien se reconocen principios como la atención comunitaria, la promoción de la autonomía y la participación de redes de apoyo, subsisten disposiciones que legitiman el internamiento involuntario y la administración de tratamientos forzados, basados en la evaluación de la “autonomía suficiente” de la persona usuaria. Esta lógica reproduce la noción de capacidad mental como requisito previo para ejercer derechos, contradiciendo directamente la OG1-CRPD, que establece la presunción universal de capacidad jurídica y la obligación de proveer apoyos individualizados con salvaguardias efectivas. La persistencia de la interdicción y la curatela en el CC, así como la figura de la inimputabilidad automática en el COIP, refuerzan este andamiaje tutelar, prolongando una estructura de sustitución de la voluntad incompatible con el modelo de derechos humanos de la discapacidad.

El estudio de estándares internacionales —especialmente la jurisprudencia de la Corte IDH en el caso Guachalá, la doctrina del CEDDIS y los informes de la CIDH— refuerzan la lectura de que la persistencia de estos regímenes configura una violación sistemática del principio de igualdad sustantiva y de la obligación de garantizar apoyos.

Uno de los aportes sustantivos de esta investigación radica en mostrar la coherencia entre la persistencia de la figura de la “inimputabilidad por trastorno mental” en el ámbito penal, la interdicción civil y los dispositivos de internamiento involuntario en el ámbito sanitario. Esta mirada integrada confirma que el problema de la regresividad no se limita a un sector normativo aislado, sino que responde a un patrón estructural que reproduce la exclusión de la persona como sujeto pleno de derechos.

No obstante, este trabajo también reconoce sus límites. Por tratarse de un estudio de caso centrado en la legislación ecuatoriana, no se abordaron de forma exhaustiva los obstáculos administrativos, presupuestarios y judiciales que condicionan la implementación de apoyos reales para la toma de decisiones. Tampoco se desarrolló un análisis empírico sobre la práctica cotidiana de jueces, médicos y operadores de justicia, lo que constituye una línea de investigación pendiente para comprender la distancia entre la norma y su apli-

cación real. Asimismo, sería necesario profundizar en futuros estudios comparativos regionales que documenten experiencias normativas innovadoras en países que han avanzado en la derogación de regímenes de interdicción y en la creación de sistemas de apoyo funcionales.

Pese a estos límites, los hallazgos permiten sostener que la superación de la tensión entre reconocimiento formal y regresividad estructural exige una reforma integral. Esta debe contemplar no solo la adecuación de la LOSM y su Reglamento, sino también la armonización del CC y del COIP, reemplazando las figuras de sustitución por sistemas de apoyo acordes con el art. 12 de la CDPD y la interpretación autorizada de la OG1-CRPD. La creación de salvaguardias efectivas, la formación continua de operadores jurídicos y de salud, y el fortalecimiento de redes comunitarias y organizaciones de personas con discapacidad resultan indispensables para garantizar la autonomía y la ciudadanía plena de este grupo históricamente excluido.

Finalmente, este análisis reafirma que la garantía de la capacidad jurídica no puede entenderse como un derecho aislado, sino como un derecho estructural que condiciona el acceso a la justicia, la libertad personal, la integridad física y mental y la vida independiente. Sin esta coherencia normativa y práctica, la igualdad sustantiva seguirá siendo una promesa inacabada. El desafío, por tanto, no es solo normativo, sino ético y político: remover las bases históricas de un modelo de control social para reemplazarlas por un paradigma de apoyo, participación y dignidad.

Referencias

- Aguado, Antonio. *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial / Fundación Once, 1995.
- Amarante, Paulo. *Loucos pela vida*. Río de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- Ávila Santamaría, Ramiro. *Los derechos y sus garantías: Ensayos críticos*. Quito: Corte Constitucional para el Período de Transición, 2012.
- Bach, Michael. “Legal Capacity, Personhood and Supported Decision-Making”. Presentación, Canadian Association for Community Living, 2006. <https://tinyurl.com/3z5p7v5x>.
- Basaglia, Franco. *A instituição negada*. Río de Janeiro: Graal, 1985.
- Caicedo, Danilo. “El bloque de constitucionalidad en el Ecuador: Derechos humanos más allá de la Constitución”. *Foro. Revista de Derecho* 12 (2009): 5-29. <https://tinyurl.com/7589k8s7>.
- Castel, Robert. *La gestión de los riesgos*. Madrid: Siglo XXI, 1976.

- CIDH. *Informe: Situación de los derechos humanos de las personas con discapacidad en las Américas*. Washington DC: OEA, 2025. <https://tinyurl.com/4xd9kx3w>.
- Corte IDH. "Sentencia de 26 de marzo de 2021 (fondo, reparaciones y costas)". *Caso Guachalá Chimbo y Otros vs. Ecuador*. 26 de marzo de 2021. <https://tinyurl.com/3tdpmxpd>.
- Ecuador. *Código Civil*. Registro Oficial 46, Suplemento, 24 de junio de 2005.
- . *Código Orgánico Integral Penal*. Registro Oficial 180, Suplemento, 10 de febrero de 2014.
- . *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008.
- . *Ley Orgánica de Salud Mental*. Registro Oficial 471, Suplemento, 5 de enero de 2024.
- . *Reglamento a la Ley Orgánica de Salud Mental*. Registro Oficial 697, Suplemento, 4 de diciembre de 2024.
- Ecuador Corte Constitucional. "Sentencia". *Caso n.º 11-18-CN (matrimonio igualitario)*. 12 de junio de 2019. <https://tinyurl.com/4pswddwe>.
- Ecuador MSP. *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017*. Quito: MSP, 2014.
- Esquirol, Étienne. "Da lipemania ou melancolia (1820)". *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* 6, n.º 2 (2003): 158-66. <https://tinyurl.com/5n6v8cch>.
- Foucault, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- Monteiro, Viviane. "Medida de seguridad en Ecuador y en Brasil: Análisis comparado". En *Libro en homenaje al doctor Alfonso Zambrano Pasquel a sus 75 años de vida. Tomo II*, compilado por Jonathan Murillo, 897-937. Quito: Murillo Editores, 2024.
- Morel, Benedict-Augustin. "Tratado das degenerescências da espécie humana". *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* 11, n.º 3 (2008): 497-501. <https://tinyurl.com/4cwu5jnb>.
- OEA CEDDIS. *Guía práctica para el establecimiento de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad*. Washington DC: OEA, 2024. <https://tinyurl.com/44cfwwy9>.
- . *Observación general sobre la necesidad de interpretar el artículo I.2, inciso b) de la CIADDIS a la luz del artículo 12 de la CDPD*. 4 de mayo de 2011. OEA/Ser.L/XXIV.3.1. <https://tinyurl.com/mvrjbckh>.
- ONU Asamblea General. *Informe de la relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad*. 20 de diciembre de 2016. A/HRC/34/58.
- . *Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. 28 de marzo de 2017. A/HRC/35/21.
- ONU CRPD. *Case Summary: Zsolt Bujdosó and Five Others v. Hungary*. 9 de marzo de 2014. CRPD/C/10/D/4/2011. <https://tinyurl.com/2ah8fw8r>.
- . *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados del Ecuador*. 21 de octubre de 2019. CRPD/C/ECU/CO/2-3. <https://tinyurl.com/4w33whsm>.
- . *Observación general n.º 1 (2014). Artículo 12: El igual reconocimiento como persona ante la ley*. 19 de mayo de 2014. CRPD/C/GC/1.
- Palacios, Agustina. *El modelo social de discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI / Ediciones Cinca, 2008.
- Pinel, Philippe. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Porto Alegre, BR: UFRGS, 2007.
- Sabsay, Leticia. *Fronteras sexuales: Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía*. Barcelona: Paidós, 2011.
- TEDH. *Fernandes de Oliveira vs. Portugal (Application n.º 78103/14)*. 28 de marzo de 2017. <https://tinyurl.com/bp52c7j9>.

Declaración de conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de interés financiero, académico ni personal que pueda haber influido en la realización del estudio.