



Asamblea General

Distr. general
28 de marzo de 2017
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

35º período de sesiones

6 a 23 de junio de 2017

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,
incluido el derecho al desarrollo**

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota de la secretaría

De conformidad con la resolución 24/6 del Consejo de Derechos Humanos, la secretaría tiene el honor de transmitir al Consejo el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Con el deseo de contribuir al debate sobre la salud mental como prioridad mundial en el ámbito de la salud, el Relator Especial se centra en el derecho de toda persona a la salud mental y trata algunas de las principales dificultades y oportunidades en este ámbito, e insta a impulsar la promoción de la salud mental para todas las edades y en todos los entornos. Tras constatar la reiteración de las violaciones de los derechos humanos en los centros de salud mental, que con demasiada frecuencia afectan a personas con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial, aboga por un cambio de paradigma.

El Relator Especial formula una serie de recomendaciones a los Estados y a todas las partes interesadas con el fin de avanzar hacia sistemas de salud mental que se basen en los derechos humanos y los respeten.



Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Índice

| | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| I. Introducción | 3 |
| II. Contexto | 3 |
| III. Carga mundial de obstáculos..... | 5 |
| A. Predominio del modelo biomédico | 6 |
| B. Asimetrías de poder | 7 |
| C. Uso sesgado de los datos empíricos en salud mental | 8 |
| IV. Evolución del marco normativo para la salud mental | 9 |
| V. Marco del derecho a la salud mental | 10 |
| A. Obligaciones | 10 |
| B. Cooperación internacional | 11 |
| C. Participación | 12 |
| D. No discriminación..... | 12 |
| E. Rendición de cuentas | 13 |
| F. Más allá de los servicios de salud mental hacia la atención y el apoyo | 14 |
| G. El consentimiento informado y la coacción | 16 |
| H. Factores determinantes básicos y sociales de la salud mental | 17 |
| VI. Cambiar el paradigma | 18 |
| A. El imperativo de derechos humanos para abordar la promoción y la prevención en la esfera de la salud mental | 18 |
| B. Tratamiento: del aislamiento a la integración en la comunidad | 19 |
| VII. Conclusiones y recomendaciones..... | 21 |
| A. Conclusiones..... | 21 |
| B. Recomendaciones | 22 |

I. Introducción

1. La salud mental y el bienestar emocional son ámbitos de interés prioritario para el Relator Especial (véase A/HRC/29/33). En todos sus informes temáticos, ha tratado de llamar la atención sobre la salud mental como prioridad en materia de desarrollo y derechos humanos en el contexto del desarrollo del niño en la primera infancia (véase A/70/213), la adolescencia (véase A/HRC/32/32) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (véase A/71/304).

2. En el presente informe, el Relator Especial amplía sus consideraciones y ofrece una introducción básica a algunas de las principales dificultades y oportunidades que se presentan en la promoción de la plena efectividad del derecho de toda persona a la salud mental. Teniendo en cuenta el alcance y la complejidad de la cuestión, así como la evolución del marco de derechos humanos y de la base empírica, el Relator Especial desea contribuir con su informe a los importantes debates que van surgiendo a medida que la salud mental cobra visibilidad como prioridad mundial en materia de salud.

3. El presente informe es el resultado de amplias consultas con una gran variedad de partes interesadas, incluidos representantes de la comunidad de personas con discapacidad, usuarios y antiguos usuarios de servicios de salud mental, representantes de la sociedad civil, profesionales de salud mental, entre ellos representantes de la comunidad psiquiátrica y la Organización Mundial de la Salud (OMS), expertos académicos, miembros de los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas y representantes de los Estados Miembros.

Nota sobre la terminología¹

4. A lo largo de nuestra vida, todos necesitamos un entorno que favorezca nuestra salud mental y nuestro bienestar. En este sentido, todos somos usuarios potenciales de los servicios de salud mental. Muchas personas experimentan episodios esporádicos y breves de dificultades o sufrimiento de tipo psicosocial que requieren un apoyo adicional. Algunas presentan una discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial, o padecen autismo, y, con independencia de cómo se autodefinan o de qué diagnóstico presenten, en el ejercicio de sus derechos encuentran barreras derivadas de una deficiencia real o supuesta y, por consiguiente, están extremadamente expuestas a las violaciones de los derechos humanos en los centros de salud mental. Muchas de ellas presentan un diagnóstico dentro del ámbito de la salud mental o se identifican con el término, mientras que otras prefieren definirse de otro modo, por ejemplo como supervivientes.

5. En el presente informe se hace una distinción entre los usuarios de los servicios y las personas con discapacidad teniendo en cuenta las barreras a que se enfrentan estas últimas, y se asume, con espíritu inclusivo, que todas las personas son titulares de derechos.

II. Contexto

6. A pesar de las pruebas evidentes de que no puede haber salud sin salud mental, esta última no goza en ningún lugar del mundo de condiciones de igualdad con la salud física en las políticas y presupuestos nacionales ni en la educación y la práctica médicas. Se estima que, a escala mundial, se destina a la salud mental menos del 7% de los presupuestos de salud. En los países de bajos ingresos, se emplean en este ámbito menos de 2 dólares anuales por persona². La mayor parte de la inversión se dedica a la atención de larga duración en instituciones y a los hospitales psiquiátricos, lo que se traduce en una ausencia casi total de políticas para la promoción integral de la salud mental para todos³. La división arbitraria entre salud física y salud mental y el consiguiente aislamiento y abandono de esta

¹ Véase OMS, “Advocacy actions to promote human rights in mental health and related areas” (2017).

² OMS, Mental Health Atlas 2014, pág. 9, y PLOS Medicine Editors, “The Paradox of Mental Health: Over-Treatment and Under-Recognition”, PLOS Medicine, vol. 10, núm. 5 (mayo de 2013).

³ OMS, Mental Health Atlas 2014, pág. 9.

última han contribuido a una situación insostenible de necesidades insatisfechas y violaciones de los derechos humanos (véase A/HRC/34/32, párrs. 11 a 21), incluido el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁴.

7. Las cuestiones olvidadas generan personas olvidadas. La historia de la psiquiatría y de la atención de la salud mental está marcada por las violaciones flagrantes de derechos, como las lobotomías, perpetradas en nombre de la medicina. Desde la Segunda Guerra Mundial y la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, junto con otros tratados internacionales, se ha prestado cada vez más atención a los derechos humanos en los ámbitos de la salud mental y la psiquiatría en todo el mundo. Con todo, queda por ver si la comunidad internacional ha aprendido realmente de este doloroso pasado.

8. Durante decenios, los servicios de salud mental se han regido por un paradigma biomédico reduccionista que ha contribuido a la exclusión, el descuido, la coacción y el maltrato de las personas con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial, de las personas con autismo y de las personas que se apartan de las convenciones culturales, sociales y políticas predominantes. En especial, sigue siendo enormemente preocupante el desprecio que las instancias políticas muestran hacia la psiquiatría. Si bien es cierto que los servicios de salud mental tienen unos recursos insuficientes, todo aumento de las inversiones debe tener en cuenta las experiencias del pasado para impedir que la historia se repita.

9. La concepción moderna de la salud mental se basa en unos cambios de paradigma que a menudo han ido acompañados de una combinación de mejoras y deficiencias en lo que se refiere a una práctica ética y con base empírica. Este proceso se inició 200 años atrás con el deseo de liberar a los “locos” de los calabozos y en el siglo XX evolucionó hacia la introducción de tratamientos psicoterapéuticos, electrochoques y medicamentos psicotrópicos. La descripción de las patologías individuales ha oscilado entre los extremos del “cerebro sin mente” y la “mente sin cerebro”. Más recientemente, a través del marco de discapacidad, se han reconocido las limitaciones de centrarse exclusivamente en las patologías individuales y se han incluido la discapacidad y el bienestar en el terreno más amplio de la vida personal, social, política y económica.

10. La búsqueda de un equilibrio entre estos extremos del siglo XX ha generado un impulso para la desinstitutionalización y la identificación de un modelo de atención biopsicosocial equilibrado. Estos esfuerzos se vieron reforzados por la OMS en un informe de 2001, en el que pedía un marco moderno de salud pública y la liberación de la salud mental y de las personas que acuden a los servicios de salud mental de su aislamiento, estigmatización y discriminación⁵. Una creciente base de investigación ha aportado indicios que señalan que el *statu quo*, centrado en las intervenciones biomédicas, por ejemplo los medicamentos psicotrópicos y las medidas no consentidas, ya no es defendible en el contexto de la mejora de la salud mental. Las acciones organizadas de la sociedad civil, en especial de los movimientos liderados por usuarios y antiguos usuarios de los servicios de salud mental y las organizaciones de personas con discapacidad, han tenido una importancia crucial para señalar las deficiencias de los servicios tradicionales de salud mental a la hora de responder a sus necesidades y garantizar sus derechos. Se han enfrentado a los artífices de las violaciones de los derechos humanos, han desarrollado tratamientos alternativos y han elaborado un discurso nuevo sobre la salud mental.

11. El impulso generado por la sociedad civil a favor de un cambio de paradigma ha contribuido a la evolución del marco de derechos humanos en el ámbito de la salud mental. La aprobación en 2006 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sentó las bases para ese cambio de paradigma con el objetivo de dejar atrás el legado de violaciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud puede contribuir enormemente a promover

⁴ Véase también Human Rights Watch, “Living in Hell: Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia” (marzo de 2016).

⁵ Véase OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

ese cambio y ofrece un marco para la plena efectividad del derecho de toda persona a la salud mental.

12. Diez años después, el progreso es lento. Algunos tratamientos alternativos eficaces, aceptables y ampliables permanecen al margen de los sistemas de atención de la salud, la desinstitucionalización se ha estancado, las inversiones en salud mental continúan destinándose mayoritariamente a un modelo biomédico y han proliferado reformas legislativas en materia de salud mental que han mermado la capacidad jurídica y la igual protección de la ley de las personas con discapacidad cognitiva, intelectual o psicosocial. En algunos países, el abandono de los centros psiquiátricos ha arrojado a muchas personas a la falta de hogar, los hospitales y la cárcel. Cuando existe asistencia internacional, con frecuencia se dedica a la renovación de grandes instituciones residenciales y hospitales psiquiátricos, lo que dificulta el progreso.

13. Las políticas públicas siguen descuidando la importancia de las condiciones previas de una mala salud mental, como la violencia, el desempoderamiento, la exclusión y el aislamiento social y la desintegración de las comunidades, las desigualdades socioeconómicas sistémicas y las condiciones nocivas en el trabajo y las escuelas. Las políticas de salud mental que ignoran el entorno social, económico y cultural no solo desatienden a las personas con discapacidad, sino también la promoción de la salud mental de muchas otras personas en diferentes etapas de su vida.

14. Con la aprobación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los recientes esfuerzos por parte de influyentes actores internacionales, como la OMS, el Movement for Global Mental Health y el Banco Mundial, la salud mental se está erigiendo a escala internacional como un imperativo de desarrollo humano. La Agenda 2030 y la mayoría de sus Objetivos de Desarrollo Sostenible están relacionados con la salud mental: el Objetivo 3 pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades y la meta 3.4 incluye la promoción de la salud mental y el bienestar para reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles. La medida en que las iniciativas nacionales aprovechen el impulso de la Agenda 2030 para abordar la salud mental tiene importantes repercusiones en la realización efectiva del derecho a la salud.

15. El impulso y la oportunidad para avanzar que se dan en este momento son únicos. Por consiguiente, dentro de esta coyuntura histórica y en el marco de la confluencia de varios procesos internacionales, el Relator Especial desea contribuir al debate con el presente informe.

III. Carga mundial de obstáculos

16. Un instrumento eficaz para atraer la atención sobre la salud mental a escala mundial es la utilización de estadísticas alarmantes para señalar la magnitud y la carga económica que suponen los “trastornos mentales”. Que millones de personas en todo el mundo están clamorosamente desatendidas es un hecho que no admite discusión, pero el enfoque actual de tipo “carga de morbilidad” inscribe profundamente la crisis mundial en materia de salud mental dentro de un modelo biomédico, demasiado limitado para ejercer una acción dinámica y receptiva en la respuesta a las cuestiones de salud mental a escala nacional y mundial. Centrar la atención en el tratamiento de los casos individuales lleva inevitablemente a políticas, sistemas y servicios con resultados limitados, ineficaces y potencialmente nocivos. Esta situación favorece una medicalización aún mayor de la salud mental a escala mundial y dificulta que los encargados de la formulación de políticas tengan en cuenta los principales factores de riesgo y de protección que afectan a la salud mental de todos. Para responder a la necesidad, manifiestamente insatisfecha, de disponer de unos servicios de salud mental para todos basados en los derechos, es preciso evaluar la “carga mundial de obstáculos” que ha mantenido el *statu quo* en el ámbito de la salud mental.

17. En las secciones que siguen se identifican tres grandes obstáculos que se refuerzan mutuamente.

A. Predominio del modelo biomédico

18. El modelo biomédico explica los trastornos mentales a través de aspectos y procesos neurobiológicos, en los que se basa para realizar las intervenciones. Se creía que los argumentos biomédicos, como la expresión “desequilibrio químico”, aproximarían la salud mental a la salud física y a la medicina general y eliminarían progresivamente la estigmatización⁶. Pero no ha sido así y muchos de los conceptos en que se basa el modelo biomédico en el ámbito de la salud mental no han podido ser confirmados por las nuevas investigaciones. Algunos instrumentos de diagnóstico, como la Clasificación Internacional de Enfermedades y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, siguen ampliando los parámetros del diagnóstico individual, a menudo sin ninguna base científica sólida⁷. Algunos críticos advierten de que la proliferación excesiva de categorías diagnósticas invade la experiencia humana hasta tal punto que podría terminar reduciéndose la aceptación de la diversidad humana⁸.

19. Sin embargo, el ámbito de la salud mental sigue estando excesivamente medicalizado y el modelo biomédico reduccionista, con el apoyo de la psiquiatría y la industria farmacéutica, domina la práctica clínica, las políticas, los programas de investigación, la educación médica y las inversiones en salud mental en todo el mundo. En los países de ingresos bajos, medios y altos, la mayor parte de las inversiones en salud mental financian de manera desproporcionada los servicios basados en el modelo biomédico de la psiquiatría⁹. Existe además una predilección por los tratamientos de primera línea con medicamentos psicotrópicos a pesar de los indicios cada vez más numerosos de que no son tan eficaces como se creía, tienen efectos secundarios nocivos y, en lo que se refiere a los antidepresivos, sus beneficios en casos de depresión leve y moderada pueden atribuirse a un efecto placebo¹⁰. Pese a estos riesgos, los medicamentos psicotrópicos se utilizan cada vez más en los países de ingresos altos, medianos y bajos de todo el mundo¹¹. Nos han vendido el mito de que la mejor solución a los problemas de salud mental son los fármacos y otras intervenciones biomédicas.

20. El modelo psicosocial ha surgido como una respuesta con base empírica al paradigma biomédico¹². Es un modelo que va más allá de los factores biológicos (sin excluirlos) y entiende las experiencias psicológicas y sociales como factores de riesgo que contribuyen a una mala salud mental y como factores positivos que contribuyen al bienestar. Este modelo puede incluir intervenciones cortas y de bajo costo que pueden integrarse en la atención habitual. Si se aplican debidamente, estas intervenciones pueden empoderar a los desfavorecidos, mejorar la crianza de los hijos y otras competencias, dirigirse a los individuos en su contexto, mejorar la calidad de las relaciones y fomentar la autoestima y la dignidad. Para que un sistema de salud mental sea respetuoso con el derecho a la salud, debe mantener un buen equilibrio entre el modelo y las intervenciones biomédicas, por un lado, y los psicosociales, por otro, y huir de la suposición arbitraria de que las intervenciones biomédicas son más eficaces¹³.

⁶ Véase Derek Bolton y Jonathan Hill, *Mind, Meaning and Mental Disorder: the Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry* (Oxford, Oxford University Press, 2004).

⁷ Véase Thomas Insel, “Transforming diagnosis” (abril de 2013), se puede consultar en www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml.

⁸ Véase Stefan Priebe, Tom Burns y Tom K. J. Craig, “The future of academic psychiatry may be social”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 202, núm. 5 (mayo de 2013).

⁹ Véase OMS, *Mental Health Atlas 2014*, pág. 32.

¹⁰ Véase Irving Kirsch, “Antidepressants and the Placebo Effect”, *Zeitschrift für Psychologie*, vol. 222, núm. 3 (febrero de 2015) y David Healy, “Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors?”, *BMJ*, vol. 333 (julio de 2006).

¹¹ Véase Ross White, “The globalisation of mental illness”, *The Psychologist*, vol. 26 (marzo de 2013).

¹² Véase Anne Cooke, ed., *Understanding Psychosis and Schizophrenia* (Leicester, The British Psychological Society, 2014).

¹³ Véase Nikolas Rose y Joelle M. Abi-Rached, *Neuro: the New Brain Sciences and the Management of the Mind* (Princeton, Nueva Jersey, Princeton University Press, 2013) y Pat Bracken, “Towards a hermeneutic shift in psychiatry”, *World Psychiatry*, vol. 13, núm. 3 (octubre de 2014).

B. Asimetrías de poder

21. La promoción y la protección de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental exigen una redistribución del poder en los aspectos clínico, de investigación y de políticas públicas. El poder de decisión en cuestiones de salud mental se concentra en manos de los adalides del modelo biomédico, en particular la psiquiatría biológica con el apoyo de la industria farmacéutica. Esto atenta contra los principios modernos de atención integral, gobernanza de la salud mental, investigación interdisciplinaria innovadora e independiente y formulación de prioridades basada en los derechos en las políticas de salud mental. Las organizaciones internacionales, en especial la OMS y el Banco Mundial, son también partes interesadas influyentes cuya función y relaciones interaccionan y se superponen con la función de los profesionales psiquiátricos y la industria farmacéutica.

22. En el ámbito clínico, los desequilibrios de poder favorecen el paternalismo e incluso las visiones patriarcales, que dominan la relación entre los profesionales de la psiquiatría y los usuarios de los servicios de salud mental. Esta asimetría desempodera a los usuarios y menoscaba su derecho a tomar decisiones sobre su salud, con lo que se crea un entorno en el que pueden producirse y se producen violaciones de los derechos humanos. Las leyes que permiten a los profesionales psiquiátricos llevar a cabo tratamientos e internamientos forzados legitiman ese poder y su uso indebido. Este uso indebido de las asimetrías de poder impera, en parte, porque con frecuencia las disposiciones jurídicas obligan a los profesionales y al Estado a adoptar medidas coercitivas.

23. El sector de los profesionales de la psiquiatría es un actor poderoso en la gobernanza y la promoción de la salud mental. Las estrategias nacionales de salud mental tienden a reflejar los programas biomédicos y a ocultar las opiniones y la participación significativa de la sociedad civil, los usuarios y antiguos usuarios de los servicios de salud mental y los expertos de diversas disciplinas no médicas¹⁴. En este contexto, el *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*, de 2006, elaborado aplicando las directrices sobre derechos humanos de ese momento, tuvo una enorme influencia en la promulgación de leyes sobre salud mental que permitían “excepciones”. Esas “excepciones” jurídicas normalizaban la coacción en la práctica diaria y facilitaban que se produjeran violaciones de los derechos humanos, por lo que constituye un avance positivo que se estén revisando las leyes y que el *Manual* se haya retirado oficialmente como consecuencia del marco propiciado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁵.

24. El *statu quo* de la psiquiatría actual, basado en las asimetrías de poder, provoca la desconfianza de muchos usuarios a la vez que daña y pone en riesgo la reputación de la profesión psiquiátrica. Los debates abiertos que se están planteando dentro de la profesión sobre su propio futuro, por ejemplo sobre su papel con respecto a otras partes interesadas, son fundamentales¹⁶. El Relator Especial acoge con satisfacción y alienta estos debates dentro de la profesión psiquiátrica y con otras partes interesadas, y está convencido de que la búsqueda del consenso y el progreso redundará en beneficio de todos, incluida la psiquiatría. La participación activa de la profesión psiquiátrica y de sus líderes en la transición hacia políticas y servicios de salud mental respetuosos con los derechos es un elemento crucial para el éxito de los cambios positivos en materia de salud mental a escala mundial.

25. La doctrina convencional, basada en una interpretación biomédica reduccionista de cuestiones complejas relativas a la salud mental, domina las políticas y servicios de salud mental, incluso cuando no están respaldadas por la investigación. Las personas con discapacidad psicosocial siguen considerándose erróneamente peligrosas, a pesar de las

¹⁴ Véase la base de datos MiNDbank de la OMS, que puede consultarse en www.mindbank.info/collection/type/mental_health_strategies_and_plans/all.

¹⁵ Véase www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/.

¹⁶ Véase Heinz Katschnig, “Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession”, *World Psychiatry*, vol. 9, núm. 1 (febrero de 2010).

pruebas evidentes de que suelen ser víctimas, y no autoras, de actos de violencia¹⁷. Del mismo modo, se pone en duda su capacidad para tomar decisiones, por lo que muchas son tildadas de incompetentes y se les niega el derecho a adoptar decisiones por sí mismas. Hoy en día ese estereotipo se sustenta cada vez menos, pues estas personas demuestran que pueden vivir de manera autónoma cuando se las empodera mediante la debida protección jurídica y un apoyo suficiente.

26. Las asimetrías se han visto agravadas por el poder financiero de la industria farmacéutica y las alianzas establecidas con ella. Cuando faltan los recursos financieros para la investigación y la innovación, la industria llena el vacío con escasa transparencia en los procesos de aprobación de fármacos o estableciendo relaciones dudosas con los profesionales y los proveedores de la atención médica. Este contexto ilustra cómo la dependencia excesiva de las políticas con respecto al modelo biomédico ha ido demasiado lejos y por qué se resiste tanto al cambio¹⁸.

C. Uso sesgado de los datos empíricos en salud mental

27. La base empírica que sustenta las intervenciones de salud mental ha generado controversia a lo largo de toda la historia. Esta situación persiste, pues la base empírica en la que se justifica la eficacia de determinados medicamentos psicotrópicos y otras intervenciones psiquiátricas biomédicas se pone cada vez más en entredicho desde el punto de vista científico y experimental¹⁹. No se discute que estas intervenciones puedan ser eficaces para tratar determinados trastornos, pero su prescripción y utilización excesivas en casos en los que no son necesarias suscitan una preocupación cada vez mayor²⁰. Existen muchos antecedentes de empresas farmacéuticas que no han divulgado los resultados negativos de sus ensayos clínicos sobre fármacos, lo que ha tergiversado la base empírica que sustenta su utilización. Esta práctica impide a los profesionales de la salud y a los usuarios acceder a la información necesaria para tomar decisiones con conocimiento de causa²¹.

28. Algunos actores poderosos ejercen su influencia en el ámbito de la investigación que determina las políticas y la aplicación de los datos empíricos. La investigación científica en salud mental y en políticas sigue adoleciendo de falta de diversificación de la financiación y continúa centrándose en el modelo neurobiológico. La psiquiatría académica, en particular, tiene una influencia desmesurada: informa a los encargados de la formulación de políticas sobre la asignación de recursos y sobre los principios rectores de las políticas y servicios de salud mental. Básicamente, la psiquiatría académica ha restringido su programa de investigación a los determinantes biológicos de la salud mental. Ese sesgo impregna también la enseñanza en las facultades de medicina, lo que limita la transferencia de conocimientos a la siguiente generación de profesionales y les impide comprender la variedad de factores que afectan a la salud mental y contribuyen a la recuperación.

¹⁷ Véase Jillian K. Peterson y otros, “How Often and How Consistently do Symptoms Directly Precede Criminal Behavior Among Offenders With Mental Illness?”, *Law and Human Behavior*, vol. 38, núm. 5 (abril de 2014).

¹⁸ Véase Ray Moynihan, Jenny Doust y David Henry, “Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy”, *BMJ*, vol. 344 (mayo de 2012).

¹⁹ Véase Peter Tyrer y Tim Kendall, “The spurious advance of antipsychotic drug therapy”, *The Lancet*, vol. 373, núm. 9657 (enero de 2009); Lex Wunderink y otros, “Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy”, *JAMA Psychiatry*, vol. 70, núm. 9 (2013); Joanna Le Noury y otros, “Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence”, *BMJ*, vol. 351 (septiembre de 2015), y Andrea Cipriani y otros, “Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis”, *The Lancet*, vol. 388, núm. 10047 (agosto de 2016).

²⁰ Véase Ray Moynihan, “Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy”.

²¹ Véase Irving Kirsch y otros, “Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration”, *PLOS Medicine* (febrero de 2008).

29. Este sesgo biomédico genera un preocupante desajuste entre los datos empíricos que van surgiendo y la manera de utilizarlos para la elaboración y puesta en práctica de las políticas. Hace decenios que viene acumulándose una base empírica, alimentada por la investigación experimental y científica, a favor de unos servicios y un apoyo psicosociales y orientados a la recuperación, así como a favor de alternativas no coercitivas a los servicios existentes. Si no se promueven estos servicios y las partes interesadas que los respaldan, ni se invierte en ellos, seguirán siendo marginales y serán incapaces de generar los cambios que prometen.

IV. Evolución del marco normativo para la salud mental

30. La Constitución de la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Como todos los aspectos de la salud, también la salud mental se ve afectada por una serie de factores biológicos, sociales y psicológicos²². Desde esta concepción, los garantes de derechos pueden comprender con mayor precisión sus correspondientes obligaciones de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental para todos. La mayoría de los debates actuales en torno a la salud mental y los derechos humanos se han centrado en el consentimiento informado dentro del contexto de los tratamientos psiquiátricos. Si bien es una discusión de lo más pertinente, ha surgido como consecuencia de la incapacidad del sistema para proteger el derecho a la salud mental y proporcionar tratamientos alternativos no coercitivos.

31. El contexto normativo en evolución sobre la salud mental comprende la estrecha relación entre el derecho a la salud, que se hace extensivo a los factores determinantes básicos, y la libertad de controlar la propia salud y el propio cuerpo. Está vinculado asimismo al derecho a la libertad, el derecho a no ser sometido a injerencias sin consentimiento y el respeto a la capacidad jurídica. Si el consentimiento informado es necesario para recibir un tratamiento que respete el derecho a la salud, la capacidad jurídica lo es para prestar el consentimiento y debe distinguirse de la capacidad mental. El derecho a la salud incluye asimismo el derecho a la integración y el tratamiento en la comunidad con el apoyo apropiado para vivir de forma independiente y ejercer la capacidad jurídica (véase, por ejemplo, E/CN.4/2005/51, párrs. 83 a 86, y A/64/272, párr. 10)²³. A menudo la denegación de la capacidad jurídica conlleva la privación de libertad y el sometimiento a intervenciones médicas forzadas, lo que plantea interrogantes no solo con respecto a la prohibición de la detención arbitraria y los tratos crueles, inhumanos o degradantes, sino también sobre el derecho a la salud.

32. Antes de la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, diversos instrumentos no vinculantes orientaban a los Estados en la determinación de sus obligaciones de proteger los derechos de las personas con discapacidad en el contexto del tratamiento (véanse las resoluciones de la Asamblea General 37/53, 46/119 y 48/96). Aunque algunos de estos instrumentos reconocían derechos y normas importantes, las salvaguardias que contenían con frecuencia quedaban sin efecto en la práctica diaria (véase E/CN.4/2005/51, párrs. 88 a 90, y A/58/181). Dado que el derecho a la salud garantiza el derecho a no ser sometido a discriminación ni a tratamiento o internamiento involuntario, debe también entenderse que garantiza el derecho al tratamiento y a la integración en la comunidad. La ausencia de garantía de esos derechos y otras libertades es una de las causas principales de la coacción y el internamiento.

33. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hace hincapié en el pleno respeto de la capacidad jurídica, la prohibición absoluta del internamiento involuntario por razón de una deficiencia y la eliminación de los tratamientos forzosos

²² Véase OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* (2013), pág. 7.

²³ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1 (2014) sobre el igual reconocimiento como persona ante la ley, párr. 13.

(véase A/HRC/34/32, párrs. 22 a 33)²⁴. Este hecho responde a la insuficiencia de las salvaguardias procesales por sí solas y a la necesidad de prestar una mayor atención a las alternativas no coercitivas y a la inclusión en la comunidad para garantizar los derechos de las personas con discapacidad. Dentro de este marco en evolución, no todos los mecanismos de derechos humanos han adoptado la prohibición absoluta del internamiento y el tratamiento involuntarios articulada por el Comité. Entre ellos figuran el Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (véase CAT/OP/27/2), el Comité contra la Tortura²⁵ y el Comité de Derechos Humanos²⁶. Con todo, su interpretación de las excepciones aplicadas para justificar la coacción es más restringida, lo que pone de manifiesto los debates que está suscitando esta cuestión. En particular, en los Principios y Directrices Básicos de las Naciones Unidas sobre los Recursos y Procedimientos relacionados con el Derecho de Toda Persona Privada de Libertad a Recurrir ante un Tribunal, el Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria apoyó las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad con respecto a las salvaguardias sobre la prohibición de la detención arbitraria (véase A/HRC/30/37, párrs. 103 a 107).

34. Actualmente, dadas las diferentes interpretaciones adoptadas por los mecanismos internacionales de derechos humanos, nos encontramos en un punto muerto en cuanto a la manera de aplicar las obligaciones relativas a los tratamientos no consentidos a la luz de las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El Relator Especial ha seguido estos acontecimientos y confía en que pueda alcanzarse el consenso para que se inicie sin demora la transición hacia unas políticas y unos servicios de salud mental reforzados. Desea participar activamente en estos procesos y, llegado el caso, presentar un nuevo informe sobre los progresos logrados.

V. Marco del derecho a la salud mental

A. Obligaciones

35. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece un marco jurídicamente vinculante para el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud mental. Este marco se complementa con las normas jurídicas establecidas, por ejemplo, por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. Los Estados partes tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental en las leyes, reglamentos, políticas, medidas presupuestarias, programas y otras iniciativas de ámbito nacional.

36. El derecho a la salud mental incluye obligaciones inmediatas y la exigencia de adoptar medidas deliberadas, concretas y orientadas a la realización progresiva de otras obligaciones²⁷. Los Estados deben utilizar indicadores y puntos de referencia adecuados para evaluar los progresos alcanzados, por ejemplo en cuanto a la reducción y la eliminación de la coacción médica. Estos indicadores deberían desglosarse, entre otros factores, por sexo, edad, raza y origen étnico, discapacidad y situación socioeconómica. Los Estados deben dedicar el máximo de recursos disponibles al derecho a la salud, aunque el gasto mundial en salud mental es inferior al 10% del gasto en salud física.

37. Algunas obligaciones, incluidas ciertas libertades y obligaciones básicas, no están sujetas a la realización progresiva y deben aplicarse de inmediato. Entre las obligaciones básicas se incluyen la elaboración de una estrategia nacional de salud pública y el acceso no

²⁴ Véase también Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 12 y 14, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1, y las directrices del artículo 14 de la Convención.

²⁵ Véase CAT/C/FIN/CO/7, párrs. 22 y 23; CAT/C/FRA/CO/7, párrs. 29 y 30; CAT/C/AZE/CO/4, párrs. 26 y 27; y CAT/C/DNK/CO/6-7, párrs. 40 y 41.

²⁶ Véase la observación general núm. 35 (2014) sobre libertad y seguridad personales.

²⁷ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2, párrafo 1.

discriminatorio a los servicios²⁸. En cuanto al derecho a la salud mental, esto se traduce en la elaboración de una estrategia nacional de salud mental con una hoja de ruta que conduzca a dejar atrás los tratamientos coercitivos y a adoptar la igualdad de acceso a los servicios de salud mental basados en los derechos, que incluye la distribución equitativa de los servicios en la comunidad.

B. Cooperación internacional

38. Los tratados internacionales reconocen la obligación de cooperación internacional en materia de derecho a la salud, una responsabilidad que se ve reforzada por la voluntad, expresada en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 17, de fortalecer una alianza mundial para el desarrollo sostenible. Los Estados de ingresos altos tienen el deber particular de prestar asistencia para el derecho a la salud, incluida la salud mental, a los países de ingresos bajos. Existe la obligación inmediata de abstenerse de prestar cooperación para el desarrollo en apoyo de los sistemas de atención de la salud mental que sean discriminatorios o en los que se cometan actos de violencia, tortura y otras violaciones de los derechos humanos. La cooperación para el desarrollo basada en los derechos debería apoyar una promoción equilibrada de la salud, así como las intervenciones psicosociales y otros tratamientos alternativos, suministrados en la comunidad, con el fin de salvaguardar eficazmente a las personas de una atención clínica discriminatoria, arbitraria, excesiva, inadecuada o ineficaz.

39. Teniendo en cuenta esta obligación, resulta preocupante que la salud mental siga siendo ignorada en la cooperación para el desarrollo y otras políticas internacionales sobre la financiación de la salud. Entre 2007 y 2013, únicamente el 1% de la ayuda internacional a la salud se destinó a la salud mental²⁹. En las crisis humanitarias, tanto en la etapa de prestación de socorro como en la de recuperación, el apoyo internacional debe incluir el apoyo psicosocial para reforzar la resiliencia frente a las adversidades y sufrimientos de gran magnitud. Por lo demás, cuando se ha prestado cooperación, se ha dado prioridad a la mejora de los hospitales psiquiátricos existentes y de los servicios de atención de larga duración, que son intrínsecamente incompatibles con los derechos humanos³⁰.

40. La asistencia y la cooperación internacionales también incluyen el apoyo técnico en materia de políticas y prácticas de salud mental basadas en los derechos. La iniciativa QualityRights de la OMS es un ejemplo encomiable de asistencia técnica de este tipo. El Relator Especial también acoge con satisfacción el apoyo prestado recientemente por el Banco Mundial y la OMS para situar la salud mental en el centro de la agenda mundial para el desarrollo. No obstante, advierte de que esas iniciativas mundiales deben incorporar el conjunto de todos los derechos humanos. En particular, los organismos multilaterales deberían dar prioridad a la plena efectividad del derecho a la salud de las personas en situación más vulnerable, como las personas con discapacidad. Una agenda mundial que ponga el acento en la ansiedad y la depresión (trastornos comunes de la salud mental) puede ser el reflejo del fracaso a la hora de incluir a las personas que más necesitan los cambios basados en los derechos en los servicios de salud mental. Una agenda selectiva de este tipo puede reforzar las prácticas basadas en la medicalización de las respuestas humanas y no abordar adecuadamente problemas estructurales como la pobreza, la desigualdad, los estereotipos de género o la violencia.

41. Los Estados tienen la obligación de proteger contra los daños causados por terceros, incluido el sector privado, y deben velar por que los actores privados contribuyan a la efectividad del derecho a la salud mental y tengan plena comprensión de su función y obligaciones en este ámbito.

²⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrs. 43 a 45.

²⁹ Seth Mnookin, “Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority”, Grupo del Banco Mundial y OMS (2016), pág. 13.

³⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 5, párr. 15.

C. Participación

42. El ejercicio efectivo del derecho a la salud exige la participación de todos, en particular de las personas que viven en la pobreza y en situaciones de vulnerabilidad, en la adopción de decisiones en los ámbitos jurídico, político, de la comunidad y de los servicios de salud. En cuanto a la población, empoderar a todas las personas para que participen significativamente en las decisiones que afectan a su salud y su bienestar requiere la colaboración multisectorial e inclusiva con las partes interesadas, como los usuarios y antiguos usuarios de los servicios de salud mental, los encargados de la formulación de políticas, los proveedores de servicios, los trabajadores sanitarios, los trabajadores sociales, los profesionales del ámbito jurídico, la policía, los cuidadores, los familiares y la comunidad en general.

43. Los centros de salud deben empoderar a los usuarios, en cuanto titulares de derechos, para que ejerzan su autonomía y participen significativa y activamente en todos los asuntos que los afecten, tomen sus propias decisiones sobre su salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y sobre sus tratamientos, con el debido apoyo cuando sea necesario.

44. La participación en los servicios de salud mental es un fenómeno relativamente reciente y se ve complicada por unas asimetrías de poder profundamente arraigadas en los sistemas de salud mental³¹. Es importante facilitar el empoderamiento de las personas, en especial las que presentan necesidades particulares de salud mental, a través del apoyo de las iniciativas de defensa de los propios intereses, las redes de apoyo entre iguales, los diálogos a tres bandas y otras iniciativas de defensa de los intereses lideradas por los usuarios, así como a través de nuevos métodos de trabajo, como la coproducción, que aseguren una participación representativa y significativa en el desarrollo y la prestación de servicios de salud. En este sentido, resulta esencial crear un espacio para la sociedad civil y apoyar las actividades de las organizaciones no gubernamentales para restablecer la confianza entre los proveedores de los servicios de salud y los titulares de derechos que hacen uso de ellos.

D. No discriminación

45. El derecho internacional de los derechos humanos garantiza el derecho a la no discriminación en el acceso a los servicios de atención de la salud mental y la prestación de los mismos, y los factores determinantes básicos de la salud³². El derecho a la salud mental también está ligado a la igualdad y la no discriminación en el disfrute de todos los demás derechos humanos que pueden ser considerados un factor determinante básico³³.

46. Existen formas múltiples e intersectoriales de discriminación que siguen obstaculizando la capacidad de las personas, en particular las mujeres y personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas con discapacidad, para hacer efectivo su derecho a la salud mental. La discriminación y la desigualdad son a la vez una causa y una consecuencia de una salud mental deficiente, que entraña consecuencias a largo plazo con respecto a la morbilidad, la mortalidad y el bienestar de la sociedad³⁴. La discriminación, los estereotipos perjudiciales (incluidos los relativos al género) y la estigmatización en la comunidad, la familia, la escuela y el lugar de trabajo socavan las relaciones saludables, las relaciones sociales y los entornos propicios e inclusivos que son necesarios para la buena salud mental y el bienestar de todos. Asimismo, las actitudes discriminatorias que influyen en las políticas, leyes y prácticas constituyen obstáculos para las personas que requieren apoyo social y emocional y/o tratamiento. Por consiguiente, a las personas y los grupos en

³¹ Véase Judi Chamberlin, "User/consumer involvement in mental health service delivery", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 14, núm. 1 (marzo de 2005).

³² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 18; A/61/338, párr. 18, y Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 25 y 26.

³³ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009) sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales.

³⁴ Véase Kate Pickett y Richard Wilkinson, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better* (Londres, Penguin Books, 2010).

situaciones vulnerables que son objeto de discriminación en la legislación y/o en la práctica se les niega su derecho a la salud mental.

47. La discriminación, *de iure* y *de facto*, sigue influyendo en los servicios de salud mental, y priva a los usuarios de diversos derechos, como el derecho a rechazar el tratamiento, a la capacidad jurídica y a la vida privada, y otros derechos civiles y políticos. El papel de la psiquiatría y otros gremios de la salud mental es particularmente importante, y se necesitan medidas para garantizar que sus prácticas profesionales no perpetúen el estigma y la discriminación.

48. Es importante reconocer el complejo papel que desempeña un diagnóstico de trastorno mental en la vida de las personas. Si bien muchas personas consideran útiles las categorías de diagnóstico para poder acceder a los servicios y entender mejor su salud mental, otras las consideran poco útiles y estigmatizadoras. Los diagnósticos de salud mental se han utilizado indebidamente para considerar como patologías determinadas identidades y otros tipos de diversidad, incluidas las tendencias a medicalizar la miseria humana. La patologización de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales equipara la identidad de estas personas a enfermedades, lo que agrava el estigma y la discriminación.

49. El problema no es el diagnóstico de las personas, sino las prácticas discriminatorias que afectan a la persona diagnosticada, que pueden resultar más perjudiciales que el propio diagnóstico. Las personas suelen sufrir más debido a pautas de “atención” discriminatorias e inapropiadas que por los efectos naturales de los trastornos mentales.

50. La diversidad debe entenderse en sentido amplio, reconociendo la diversidad de la experiencia humana y la variedad de formas en que las personas conciben y experimentan la vida. El respeto de la diversidad es crucial para poner fin a la discriminación. Los movimientos y grupos de autoayuda dirigidos por homólogos, que ayudan a normalizar las experiencias humanas que se consideran no convencionales, contribuyen a que las sociedades sean más tolerantes, pacíficas y justas.

E. Rendición de cuentas

51. La rendición de cuentas en el ámbito del disfrute del derecho a la salud mental depende de tres elementos: a) la vigilancia; b) los exámenes independientes y no independientes, como los realizados por órganos judiciales, cuasijudiciales, políticos y administrativos, así como por los mecanismos de responsabilidad social; y c) las vías de recurso y reparación. La rendición de cuentas brinda a los titulares de derechos la oportunidad de comprender la manera en que los garantes de derechos han cumplido sus obligaciones y de exigir reparación en caso de que se hayan vulnerado sus derechos. También ofrece a los garantes de derechos la oportunidad de explicar sus acciones y efectuar modificaciones en caso necesario.

52. En el plano internacional, la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los procesos pertinentes de presentación de informes del Estado parte proporcionan una nueva e importante vía para la rendición de cuentas en el ámbito del derecho a la salud mental de las personas con discapacidad psicosocial, cognitiva e intelectual. En cambio, en el plano nacional, los mecanismos de rendición de cuentas en el ámbito del derecho a la salud mental no suelen ser adecuados para cumplir su cometido. Es especialmente preocupante la creciente prevalencia de los tribunales de salud mental, que, en lugar de proporcionar un mecanismo para la rendición de cuentas, legitiman la coacción y obstaculizan aún más el acceso a la justicia para los usuarios de los sistemas de salud mental. A pesar de los encomiables esfuerzos realizados por diversos mecanismos nacionales de prevención, las violaciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental son generalizadas y se producen con impunidad³⁵. Las personas a menudo tienen un acceso limitado a la justicia, incluidos los mecanismos de rendición de cuentas

³⁵ Véase Asociación para la Prevención de la Tortura, “Monitoring psychiatric institutions”, Simposio Jean-Jacques Gautier sobre Mecanismos Nacionales de Prevención, informe final (2016), disponible en la página web www.apt.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf

independientes. Esto puede producirse porque se considera que las personas carecen de capacidad jurídica y estas tienen escasos conocimientos de sus derechos, porque no pueden acceder a asistencia jurídica, o simplemente debido a la falta de órganos encargados del examen de las denuncias.

53. La Convención establece que todos los servicios de salud mental destinados a las personas con discapacidad deben ser supervisados efectivamente por autoridades independientes (art. 16, párr. 3). Los derechos humanos deben estar incorporados en el marco de referencia para todos los procedimientos de supervisión y examen en la esfera de la salud mental. El Relator Especial alienta a las instituciones nacionales de derechos humanos a que tomen en consideración el derecho a la salud mental en sus actividades de vigilancia y promoción. Las personas con vivencias en esta esfera, sus familias y la sociedad civil deberían participar en la elaboración y la aplicación de los mecanismos de supervisión y rendición de cuentas.

F. Más allá de los servicios de salud mental hacia la atención y el apoyo

54. El derecho a la salud mental requiere de instalaciones, bienes y servicios de atención y apoyo disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad. Una atención y un apoyo para la salud mental basados en los derechos es una parte integral de la atención de la salud para todos.

Disponibilidad

55. Se deben poner a disposición servicios adecuados de salud mental. En muchos países, la escasa atención de la salud mental y asistencia social disponible está basada en un limitado modelo biomédico y en la institucionalización. La ampliación de la atención no debe entrañar el aumento de una atención inadecuada. Para que sea conforme con el derecho a la salud, la atención debe abarcar un amplio conjunto de servicios integrados y coordinados para la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la atención y la recuperación, y la retórica de una “ampliación vertical” debe sustituirse por medidas de salud mental a “escala horizontal”. Esto incluye los servicios de salud mental integrados en la atención primaria y general de la salud, que contribuyen a la detección e intervención tempranas, y cuentan con servicios concebidos para atender a una comunidad diversa³⁶. Se deben mejorar las intervenciones psicosociales de base empírica y aumentar el número de profesionales sanitarios cualificados en el ámbito comunitario³⁷. Los servicios deben velar por los derechos de las personas con discapacidad intelectual, cognitiva y psicosocial y con autismo para que puedan vivir de forma independiente y ser incluidas en la comunidad, en lugar de estar segregadas en centros de atención inadecuados.

56. Muchos países se enfrentan a una escasez de recursos humanos para la atención de la salud mental y deben esforzarse por crear una fuerza de trabajo, que incluya profesionales de la salud especialistas y no especialistas, médicos generales y profesionales sanitarios comunitarios, así como otros profesionales, como maestros, trabajadores sociales y otros trabajadores comunitarios o trabajadores que presten apoyo entre pares con las competencias adecuadas (incluida la educación en materia de derechos humanos).

Accesibilidad

57. Los servicios de salud mental deben ser geográficamente accesibles y económicamente asequibles, sobre la base de la no discriminación. En muchos países de ingresos bajos y medianos, estos servicios se concentran en las grandes ciudades y resultan inaccesibles para la mayor parte de la población. El problema es especialmente grave en los países donde existe una dependencia excesiva de las instituciones psiquiátricas residenciales segregadas y en régimen de internamiento, como en Europa Central

³⁶ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 25 y 26, y J. Jaime Miranda y otros, “Transitioning mental health into primary care”, *The Lancet Psychiatry*, vol. 4, núm. 2 (febrero de 2017).

³⁷ OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, pág. 9.

y Oriental, y no se han establecido modelos de atención en la comunidad basados en los derechos³⁸. La integración de la salud mental en los hospitales generales, la atención primaria de la salud y los servicios de atención social, y la utilización de tecnologías móviles conformes con los derechos pueden contribuir a la accesibilidad y mejorar el disfrute del derecho a vivir y participar en la comunidad. Se debe poner a disposición del público información precisa sobre la salud mental, así como información de base empírica sobre los tratamientos, incluidos los efectos secundarios, lo que requiere la divulgación sistemática, completa y oportuna de toda la información farmacológica resultante de los ensayos clínicos. Es fundamental comprender el contexto en que se producen las experiencias de sufrimiento y angustia para garantizar la accesibilidad en el ámbito de los sistemas de atención y asistencia en materia de salud mental.

Aceptabilidad

58. Los servicios de salud mental deberán ser respetuosos de la ética médica y los derechos humanos, y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y empoderar a las personas para que controlen su salud y bienestar³⁹. Deberán respetar los principios de la ética médica y los derechos humanos (incluido el de que “lo primero es no hacer daño”), la elección, el control, la autonomía, la voluntad, la preferencia y la dignidad⁴⁰. La dependencia excesiva de las intervenciones farmacológicas, los enfoques coercitivos y los tratamientos en régimen de internamiento es incompatible con el principio de no hacer daño, así como con los derechos humanos. Se debería prestar asistencia sistemáticamente para la creación de capacidad en materia de derechos humanos entre los profesionales de la salud mental. Los servicios deben ser culturalmente apropiados y aceptables para las personas con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial y con autismo, los adolescentes, las mujeres, las personas de edad, las personas indígenas, las minorías, los refugiados y migrantes, y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales. Muchas personas pertenecientes a esos grupos de población reciben tratamientos médicos innecesarios y sufren prácticas coercitivas, basadas en estereotipos de género inapropiados y nocivos.

59. Debe prestarse especial atención a las mujeres, que sufren de manera desproporcionada las prácticas de salud mental que se basan en tradiciones patriarcales y paternalistas, los estereotipos de género inapropiados y nocivos, la medicalización de los sentimientos y el comportamiento de la mujer, y la coacción. Las mujeres que han sufrido violencia y desigualdades en el seno de sus familias, comunidades y sociedades, y que padecen trastornos de salud mental muy a menudo se enfrentan a situaciones en centros de salud mental que equivalen a violencia, coacción, humillación y falta de respeto de su dignidad. Es inaceptable que tras haber sufrido violaciones en la familia y en otros entornos, las mujeres sufran de nuevo violaciones en el ámbito de los servicios que supuestamente deben promover su salud mental. En ese sentido, es muy importante hacer hincapié en que las violaciones de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva tienen una incidencia directa y negativa en la salud mental de la mujer.

Calidad

60. Los servicios de salud mental deben ser de buena calidad. Ello requiere la utilización de prácticas basadas en evidencias con miras a la prevención, promoción, tratamiento y recuperación⁴¹. Una colaboración eficaz entre los diferentes proveedores de servicios y las personas usuarias de los mismos, así como sus familiares y cuidadores, también contribuye a mejorar la calidad de la atención. El abuso de las intervenciones biomédicas, incluida la utilización inadecuada o la prescripción excesiva de medicamentos psicotrópicos y el uso de la coacción y los ingresos forzosos, comprometen el derecho a una atención de calidad. Si se da prioridad a la ampliación de servicios psicosociales de ámbito comunitario y se

³⁸ Natalie Drew y otros, “Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis”, *The Lancet*, vol. 378, núm. 9803 (noviembre de 2011).

³⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 12 c).

⁴⁰ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, preámbulo y arts. 12, 15 y 19.

⁴¹ OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, pág. 7.

movilizan recursos sociales que puedan proporcionar asistencia a todas las personas a lo largo de su vida, se mejorará la calidad de los servicios.

61. El elemento de la calidad obliga a dejar atrás la noción de que los usuarios son meros beneficiarios de la atención para pasar a considerarlos plenamente como titulares activos de derechos. Para poner fin a las prácticas discriminatorias, los Estados deberían replantearse la manera en que proporcionan atención y asistencia en materia de salud mental (véase A/HRC/34/58).

62. En particular, en el caso de los niños y adultos con discapacidad intelectual y con autismo, con demasiada frecuencia se recurre a la institucionalización y prácticas excesivamente medicalizadas. La institucionalización y la medicación de los niños con autismo, en razón de su discapacidad, es inaceptable. El autismo constituye una dificultad crítica para los sistemas modernos de atención y asistencia, ya que los intentos médicos de “curar” los trastornos a menudo han resultado ser perjudiciales, lo que ha conducido a un deterioro aún mayor de la salud mental de los niños y adultos que los padecen. La asistencia que reciben estas personas no solo debería limitarse a su derecho a la salud, sino que también debería abordar su derecho a la educación, al empleo y a la vida en la comunidad en igualdad de condiciones con los demás.

G. El consentimiento informado y la coacción

63. El consentimiento informado es un elemento fundamental del derecho a la salud, tanto por tratarse de una libertad como por constituir una salvaguardia integral de su disfrute (véase A/64/272). El derecho a dar el consentimiento para el tratamiento y la hospitalización incluye el derecho a rechazar un tratamiento (véase E/CN.4/2006/120, párr. 82). Debido a la proliferación de legislación paternalista en materia de salud mental y la falta de alternativas, la coacción en el ámbito médico se ha generalizado.

64. La justificación para el uso de la coacción se basa por lo general en la “necesidad médica” y la “peligrosidad”. Estos principios subjetivos no están respaldados por la investigación y su aplicación está abierta a una interpretación amplia, lo que suscita dudas acerca de la arbitrariedad, que ha sido objeto de un estudio jurídico cada vez mayor. La “peligrosidad” a menudo se basa en prejuicios inapropiados, en lugar de datos empíricos. También existen argumentos convincentes de que el tratamiento forzoso, incluso con medicamentos psicotrópicos, no es eficaz, a pesar de su uso generalizado⁴². Las decisiones de recurrir a la coacción corresponden únicamente a los psiquiatras, que trabajan en sistemas que carecen de los instrumentos clínicos necesarios para emplear alternativas no coercitivas. La realidad en muchos países es que no existen alternativas y el recurso a la coacción es resultado de fallos sistémicos en la protección de los derechos de las personas.

65. Las medidas coercitivas en el ámbito psiquiátrico perpetúan los desequilibrios de poder en las relaciones entre pacientes y cuidadores, causan desconfianza, exacerbando el estigma y la discriminación, y han provocado que muchas personas hayan rehusado recurrir a dichos servicios, temerosos de buscar ayuda en los servicios generales de salud mental. Tomando en consideración que el derecho a la salud se entiende en la actualidad en el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es preciso adoptar medidas inmediatas para reducir radicalmente la coacción en el ámbito médico y facilitar la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos e internamientos forzosos. En ese sentido, los Estados no deben permitir que el consentimiento sea otorgado por personas que sustituyan a las personas con discapacidad en la adopción de decisiones que afecten a su integridad física o mental; en su lugar, se les debería proporcionar apoyo en

⁴² Véase Steve R. Kisely y Leslie A. Campbell, “Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders”, *Cochrane Database Syst Rev.* (diciembre de 2014); y Hans Joachim Salize y Harald Dressing, “Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?”, *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, núm. 5 (octubre de 2005).

todo momento para que tomen sus propias decisiones, en particular en situaciones de emergencia y crisis⁴³.

66. El Relator Especial toma nota de las inquietudes de las diversas partes interesadas, en particular en el ámbito de las comunidades médicas, con respecto a la prohibición absoluta de todos los tipos de medidas no consensuales⁴⁴. Reconoce que su reducción radical y eventual eliminación es un proceso difícil que llevará tiempo. Sin embargo, existe consenso sobre la prevalencia inaceptablemente alta de las violaciones de los derechos humanos en centros de salud mental y que es necesario un cambio. En lugar de utilizar argumentos jurídicos o éticos para justificar el *statu quo*, se precisan esfuerzos concertados para abandonar estas prácticas. Ya no es aceptable que no se adopten medidas inmediatas para efectuar dicho cambio y el Relator Especial propone cinco medidas deliberadas, específicas y concretas que se indican a continuación:

- a) Incorporar alternativas a la coacción en las políticas con miras a la reforma jurídica;
- b) Desarrollar un conjunto amplio de alternativas no coercitivas para su aplicación en la práctica;
- c) Elaborar una hoja de ruta para reducir radicalmente las prácticas médicas coercitivas, con miras a su eliminación, con la participación de diversas partes interesadas, incluidos los titulares de derechos;
- d) Establecer un intercambio de buenas prácticas entre los países y dentro de ellos;
- e) Ampliar la inversión destinada a la investigación y la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos para supervisar los progresos realizados en la consecución de estos objetivos.

H. Factores determinantes básicos y sociales de la salud mental

67. El derecho a la salud es un derecho que abarca tanto la atención de la salud como los factores determinantes básicos y sociales de la salud. La salud pública tiene una dimensión individual y otra colectiva, que son esenciales para garantizar el derecho al disfrute de los factores determinantes básicos y sociales de la salud⁴⁵. Habida cuenta de los profundos vínculos entre la salud mental y el entorno físico, psicosocial, político y económico, el derecho a los factores determinantes de la salud es una condición previa para garantizar el derecho a la salud mental. En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los Estados deben adoptar medidas respecto de diversos factores determinantes básicos, como la violencia, los entornos familiares propicios y la discriminación, para garantizar en particular el derecho a la salud de los niños y las mujeres⁴⁶ y las personas con discapacidad⁴⁷. En resumen, respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental requiere medidas concertadas para asegurar determinadas condiciones previas que están asociadas con la salud mental.

68. Diversos procesos internacionales y regionales han contribuido a definir los imperativos de la salud pública y la justicia social para abordar los determinantes sociales de la salud. El informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue un documento pionero que logró dar mayor visibilidad a los determinantes sociales⁴⁸. La

⁴³ Directrices sobre el artículo 14 de la Convención, párr. 22.

⁴⁴ Véase Melvyn C. Freeman y otros, "Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the general comment on article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities" *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, núm. 9 (septiembre de 2015).

⁴⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12, párr. 2, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 37.

⁴⁶ Convención sobre los Derechos del Niño, art. 24, y Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, art. 12.

⁴⁷ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 25, apartados a) y b).

⁴⁸ *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (Ginebra, OMS, 2008).

medicina, en particular su componente de salud mental, es en gran medida una ciencia social y su práctica debería regirse por esta noción. Para tener plenamente en cuenta los datos relativos a los factores determinantes de la salud mental, el derecho a dichos determinantes debe ampliarse más allá de las desigualdades, la discriminación y el entorno físico, a fin de reflejar la importancia documentada de los entornos psicosociales seguros (véanse A/70/213, párr. 55, y A/71/304, párrs. 16 y 19)⁴⁹. Esto incluye la elaboración de políticas públicas que promuevan relaciones no violentas y respetuosas en las familias, las escuelas, los lugares de trabajo, las comunidades y los servicios sociales y de salud.

VI. Cambiar el paradigma

A. El imperativo de derechos humanos para abordar la promoción y la prevención en la esfera de la salud mental

69. Se ha recibido con satisfacción el reconocimiento por la OMS de la importancia de elaborar estrategias basadas en los derechos, que promuevan y protejan la salud mental de poblaciones enteras⁵⁰. Los factores individuales y sociales, los valores culturales y las experiencias sociales de la vida cotidiana en las familias, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades influyen en la salud mental de cada persona. Habida cuenta de la considerable cantidad de tiempo que los niños pasan en las escuelas y la mayoría de los adultos en el lugar de trabajo, las iniciativas basadas en los derechos deben promover entornos saludables, seguros y propicios en los que no haya violencia, discriminación ni otros tipos de abusos. Del mismo modo, la salud mental de una persona afecta a la vida en esos ámbitos y constituye un elemento esencial en la conformación de la salud de las comunidades y poblaciones. Los enfoques de promoción de la salud mental de base demográfica hacen que los sistemas de salud se alejen de las respuestas individualizadas para adoptar medidas en relación con una serie de barreras sociales y desigualdades (determinantes sociales) que pueden afectar negativamente a la salud mental.

70. Existe un compromiso casi universal en favor de sufragar hospitales, camas y fármacos, en lugar de crear una sociedad en la que todas las personas puedan prosperar. Lamentablemente, la prevención y la promoción son componentes que se olvidan en las iniciativas para promover la salud mental. Esta falta de medidas se ha justificado a través de supuestos perjudiciales de que la buena voluntad y el sacrificio lograrán por sí solos que las poblaciones consigan una buena salud mental y bienestar.

71. La obligación de garantizar los determinantes sociales para promover la salud mental requiere de medidas intersectoriales a fin de asegurar un compromiso sólido por parte de todos los ministerios pertinentes. Por ejemplo, las estrategias de prevención del suicidio se dirigen tradicionalmente a grupos de alto riesgo y abordan la depresión clínica como un fenómeno biomédico, mientras que los programas intersectoriales que se ocupan de los determinantes sociales y ambientales del suicidio mediante enfoques de base demográfica parecen más prometedores. El acoso escolar es otro de los fenómenos que se considera una prioridad en materia de salud pública, tanto en el plano nacional como mundial. Ante todo, los Estados deberían ocuparse de los entornos emocionales y psicosociales, prestando atención particular a las relaciones en lugar de a las personas.

72. Un entorno que respete, proteja y haga efectivos los derechos humanos, y en el que no haya ningún tipo de violencia, incluida la violencia de género, es fundamental para una promoción de la salud eficaz. Las intervenciones psicosociales y de salud pública son componentes esenciales de un sistema de salud mental basado en los derechos, no un lujo. Las iniciativas pertinentes deben estar basadas en el empoderamiento, de modo que las personas puedan tener un mayor control sobre su salud y mejorarla.

⁴⁹ Véase también OMS, “Investing in mental health: evidence for action” (2013) y “Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors”, documento de debate (2012).

⁵⁰ OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.

Adversidad en la primera infancia y la adolescencia

73. Las investigaciones han demostrado los efectos perjudiciales sobre la salud mental y las repercusiones sociales que provocan las adversidades y los hechos traumáticos vividos durante la infancia⁵¹. El estrés tóxico, los malos tratos en las familias y las relaciones íntimas, la colocación de niños de corta edad en instituciones, el acoso escolar, el abuso sexual, los malos tratos físicos y psicológicos de los niños, y la pérdida de uno de los progenitores afectan negativamente al desarrollo cerebral y a la capacidad de entablar relaciones saludables, y todo ello repercute negativamente en la capacidad del niño para hacer plenamente efectivo su derecho a la salud en su transición a la edad adulta (véanse A/HRC/32/32, párrs. 67 a 73, y A/70/213, párr. 67).

74. El Relator Especial destaca el efecto devastador que tiene la institucionalización en los niños de corta edad, en particular sobre su salud mental y su desarrollo holístico⁵². Los servicios relativos a la salud mental para niños no reciben financiación suficiente y carecen de normas de calidad de la atención y de personal suficiente, lo que crea un entorno en que son habituales los malos tratos contra niños con discapacidad o con dificultades en el desarrollo social y emocional, especialmente contra los que están internados en instituciones. Existen en todo el mundo muchos ejemplos de prácticas y servicios innovadores destinados a tratar la salud mental infantil, y se han realizado investigaciones convincentes sobre la efectividad de la promoción de la salud mental y la prevención del empeoramiento de los trastornos de salud mental⁵³. Sin embargo, esas buenas prácticas a menudo se emplean únicamente como proyectos piloto, debido a la falta de voluntad política para reproducirlas e incorporarlas a los servicios generales de atención infantil.

75. Como consecuencia de la financiación insuficiente que reciben los servicios de salud mental, los servicios psiquiátricos dispensados a los pacientes hospitalizados y en residencias son de baja calidad, lo que conduce a una medicalización excesiva, violencia y otros tipos de violaciones de los derechos del niño. Estos deben abandonarse o modificarse considerablemente y, lo que es más importante aún, los programas concebidos para responder a la adversidad en la infancia deben estar estructurados en torno a marcos participativos que reconozcan a los niños como titulares de derechos, respeten la evolución de sus capacidades y empoderen a los niños y a las familias para que mejoren su salud mental y bienestar.

B. Tratamiento: del aislamiento a la integración en la comunidad

76. El derecho a la salud constituye una poderosa guía para que los Estados efectúen un cambio de paradigma, de modo que esté basado en la recuperación y sea de ámbito comunitario, promueva la inclusión social y ofrezca diversidad de tratamientos basados en los derechos y apoyo psicosocial en los ámbitos de la atención primaria y especializada.

77. Los enfoques biomédicos reductivos del tratamiento que no tengan debidamente en cuenta los contextos y las relaciones ya no pueden considerarse conformes al derecho a la salud. Si bien el componente biomédico sigue siendo importante, su predominio ha resultado contraproducente, ya que ha menoscabado la capacidad de los titulares de derechos y ha intensificado el estigma y la exclusión. En muchas regiones del mundo, no hay atención comunitaria y, si la hay, no es accesible, aceptable o de suficiente calidad (con frecuencia se limita únicamente a medicamentos psicotrópicos). La mayor concentración de hospitales psiquiátricos y de camas destinadas a estos pacientes, separadas de la atención de la salud ordinaria, se sitúa en los países de ingresos altos, lo que es una advertencia para

⁵¹ Véase Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, “Mental health matters: social inclusion of youth with mental health conditions” (2014).

⁵² Véase OMS y Gulbenkian Global Mental Health Platform, “Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities” (2015) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Ending the placement of children under three in institutions: support nurturing families for all young children” (2012).

⁵³ International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, “Textbook of child and adolescent mental health” (2015).

que los países de ingresos bajos y medianos forjen un camino diferente y pasen a adoptar un modelo de atención de la salud mental basada en los derechos⁵⁴.

Incorporación de la salud mental

78. El derecho a la salud exige acercar la salud mental a la atención primaria y la medicina general, integrando la salud mental con la salud física en los ámbitos profesional, político y geográfico. Esto no consiste solamente en incorporar los servicios de salud mental a la atención de la salud general para que sean accesibles a todo el mundo, sino que es un medio de asegurarse de que grupos enteros de personas que tradicionalmente han estado apartados de la atención de la salud general, incluidas las personas con discapacidad, reciban atención y apoyo en pie de igualdad con las demás personas. La inclusión también conlleva ventajas socioeconómicas⁵⁵. La salud mental es una cuestión que atañe a todos y, en caso necesario, debería haber servicios disponibles y accesibles en todos los niveles de la atención primaria y especializada.

Intervenciones psicosociales esenciales

79. Aunque los medicamentos psicotrópicos pueden ser útiles, no todas las personas reaccionan bien a ellos y en muchos casos no son necesarios. Recetar medicamentos psicotrópicos, no porque estén indicados y sean necesarios, sino debido a la falta de intervenciones psicosociales y de salud pública eficaces, es incompatible con el derecho a la salud. Por ejemplo, en la mayoría de los casos de depresión leve o moderada, la “vigilancia”, el apoyo psicosocial y la psicoterapia deberían ser los tratamientos que se utilizaran en primera instancia.

80. Pese a la obligación del derecho a la salud de proporcionar intervenciones y apoyo psicosocial, estos, lamentablemente, se consideran un lujo, en lugar de tratamientos esenciales, por lo que carecen de inversiones sustanciales en los sistemas de salud. Esto sucede a pesar de los datos que demuestran que son eficaces⁵⁶. Se trata de intervenciones esenciales, que logran resultados positivos en materia de salud y protegen a las personas de una medicalización más invasiva y potencialmente nociva. Lo importante es que pueden incluir intervenciones sencillas, de bajo coste y corto plazo proporcionadas en centros de atención de la salud de ámbito comunitario. Debe dotarse a enfermeras, médicos generales, matronas, trabajadores sociales y trabajadores de la salud comunitarios de aptitudes psicosociales para velar por la accesibilidad, la integración y la sostenibilidad⁵⁷. Las intervenciones psicosociales, y no la medicación, deberían ser la primera opción de tratamiento para la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales.

Ansiedad mental y recuperación

81. Si bien el cambio de paradigma en el ámbito de la salud mental requiere una transición hacia servicios más integrados y de base demográfica, seguirán produciéndose casos de ansiedad mental, por lo que son necesarias modalidades de tratamiento basadas en los derechos. Las intervenciones empleadas para tratar los casos graves son quizá las que reciben mayor desaprobación por parte de la tradición biomédica. La coacción, la medicalización y la exclusión, que son vestigios de la atención psiquiátrica tradicional, deben sustituirse por una concepción moderna de la recuperación y servicios de base empírica que restablezcan la dignidad y reintegren a los titulares de derechos en sus familias y comunidades. Las personas pueden recuperarse de los trastornos mentales y, de

⁵⁴ OMS, *Mental Health Atlas 2014*, cuadro 4.1.1.

⁵⁵ Lena Morgon Banks y Sarah Polack, “The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities. Evidence from low and middle income countries”, *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (2015), parte B, sección 3.

⁵⁶ Véase John Hunsley Katherine Elliott y Zoé Therrien, “The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety and related disorders”, *Canadian Psychology*, vol. 55, núm. 3 (agosto de 2014).

⁵⁷ Véase Clair Le Boutillier y otros, “Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis”, *Implementation Science*, vol. 10 (junio de 2015).

hecho, se recuperan incluso de los trastornos más graves y pueden vivir una vida plena y rica⁵⁸.

82. No hay una definición única del concepto de “recuperación”, que a menudo se describe como un viaje personal con miras a retomar una vida significativa y volverse más resiliente. El enfoque de la recuperación, al aplicarlo de conformidad con los derechos humanos, ha contribuido a eliminar las asimetrías de poder, empoderando a las personas y convirtiéndolas en agentes del cambio en lugar de sujetos pasivos receptores de la atención. Se han logrado importantes avances en esta esfera, gracias a lo cual en la actualidad se presta en la práctica en todo el mundo apoyo y servicios basados en datos empíricos y orientados a la recuperación que restablecen la esperanza (y la confianza) de las personas, tanto en los servicios como en ellas mismas.

83. El apoyo entre pares, cuando se aplica de forma adecuada, constituye una parte integral de los servicios destinados a la recuperación⁵⁹. Proporciona esperanza a las personas y les brinda los medios necesarios para que aprendan unas de otras, entre otras cosas mediante las redes de apoyo entre pares, institutos de recuperación, centros comunitarios y residencias en casos de crisis gestionadas por pares. Open Dialogue es un exitoso sistema de salud mental, a través del cual se ha transformado por completo el tratamiento medicalizado y de emergencia en Laponia⁶⁰. Hay además otros modelos no coercitivos, entre los que se incluyen las unidades de crisis dedicadas a la salud mental, hogares de asistencia para ofrecer un descanso a los cuidadores, modelos de desarrollo comunitario para la inclusión social, personas de apoyo, psiquiatría centrada en el empoderamiento y consultas de apoyo con los familiares. El proyecto Soteria House es un modelo de larga data destinado a la recuperación, que se ha reproducido en muchos países⁶¹. La creciente disponibilidad de alternativas y la educación y formación acerca de la utilización de medidas no consensuales son indicadores fundamentales para medir los progresos generales realizados con respecto a la observancia del derecho a la salud.

VII. Conclusiones y recomendaciones

A. Conclusiones

84. **La salud mental es un ámbito que se ha descuidado con frecuencia y en el que, cuando se le destinan recursos, prevalecen modelos, actitudes y desequilibrios ineficaces y perjudiciales. Esto ha dado lugar a la situación actual, en que manifiestamente no se atiende la necesidad de promoción y atención de una salud mental basada en los derechos. Personas de todas las edades, cuando tienen necesidades en materia de salud mental, con demasiada frecuencia sufren la falta de atención y apoyo, o como resultado de servicios ineficaces y perjudiciales.**

85. **El hecho de que en el contexto actual no se aborden las violaciones de los derechos humanos producidas en los sistemas de atención de la salud mental es inaceptable. Habida cuenta de que la salud mental ha surgido como una prioridad política, resulta crucial en el momento actual evaluar el fracaso para trazar un mejor camino para el futuro, y alcanzar un consenso sobre la forma de invertir y la manera de no hacerlo.**

⁵⁸ Véase Richard Warner, “Does the scientific evidence support the recovery model?”, *The Psychiatrist*, vol. 34, núm. 1 (enero de 2010).

⁵⁹ Véase Sarah Carr, “Social care for marginalised communities: balancing self-organisation, micro-provision and mainstream support”, Universidad de Birmingham, documento de política núm. 18 (febrero de 2014).

⁶⁰ Véase Jaako Seikkula y otros, “Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case studies”, *Psychotherapy Research*, vol. 16, núm. 2 (marzo de 2006).

⁶¹ Véase Tim Calton y otros, “A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, núm. 1 (enero de 2008).

86. Una evaluación de la carga mundial de obstáculos señala, de forma alarmante, que esta puede ser mayor que la provocada por los “trastornos mentales”. Las crisis en la salud mental no deberían gestionarse como una crisis de los trastornos individuales, sino como una crisis de los obstáculos sociales que impiden el ejercicio de los derechos individuales. Las políticas de salud mental deberían abordar los “desequilibrios de poder” en lugar de los “desequilibrios químicos”.

87. En un momento en que existe la necesidad urgente de efectuar un cambio de enfoque, se debería dar prioridad a la innovación de políticas a nivel de la población, prestando especial atención a los determinantes sociales, y abandonar el modelo médico predominante que trata de curar a las personas centrándose en los “trastornos”.

88. En la actualidad, existen oportunidades únicas en la esfera de la salud mental. El reconocimiento internacional de la salud mental como un imperativo para la salud mundial, entre otras cosas mediante su inclusión en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, constituye un avance positivo. El marco del derecho a la salud ofrece orientación a los Estados sobre el modo en que deben dirigirse las políticas basadas en los derechos y las inversiones para lograr la dignidad y el bienestar de todas las personas. A fin de alcanzar la paridad entre la salud física y mental, esta última debe integrarse en la atención de la salud primaria y general, contando con la participación de todas las partes interesadas en la formulación de políticas públicas que aborden los determinantes básicos. Se deberían ampliar las intervenciones psicosociales eficaces en el ámbito comunitario y abandonar la cultura de la coacción, el aislamiento y la medicalización excesiva.

89. Ya hay iniciativas prometedoras en todo el mundo, entre otros en los países de ingresos bajos y medianos, que constituyen un desafío al *statu quo*. Un medio eficaz para promover y lograr avances en la consecución de los cambios necesarios es la creación de un espacio, a través de un liderazgo político sólido y los recursos necesarios, para que esas prácticas puedan materializarse en las comunidades.

90. El Relator Especial está tratando de elaborar, a través de un proceso participativo e inclusivo y un diálogo abierto, unas orientaciones en materia de derechos humanos y salud mental a fin de brindar apoyo a todas las partes interesadas en la aplicación de políticas de salud mental basadas en los derechos en sus respectivas esferas de trabajo. Acoge con agrado las contribuciones y sugerencias a este respecto.

B. Recomendaciones

91. El Relator Especial hace un llamamiento al liderazgo para responder a la carga mundial de obstáculos y para que la innovación basada en los derechos en materia de salud mental se incorpore en la política pública. Esto incluye, entre otras cosas, que los defensores estatales lleven a cabo esfuerzos de política en el ámbito internacional, que los líderes de la psiquiatría profesional evalúen de forma constructiva su enfoque con respecto a la necesidad de cambio, que los directores de servicios de salud mental lideren el cambio con el ejemplo, y que los funcionarios municipales promuevan la innovación a nivel comunitario. Estos defensores deben trabajar en colaboración con los beneficiarios de sus servicios, incluidas las personas con discapacidad intelectual, cognitiva y psicosocial, y con autismo.

92. A fin de subsanar el desequilibrio del enfoque biomédico respecto de los servicios de salud mental, el Relator Especial recomienda que:

a) Los Estados adopten medidas inmediatas para establecer marcos participativos inclusivos y significativos en la formulación de la política pública y la adopción de decisiones a este respecto, que incluyan, entre otros, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, usuarios de los servicios, la sociedad civil y las personas que viven en la pobreza y aquellas en las situaciones más vulnerables;

b) Los Estados y otras partes interesadas pertinentes, incluidas las instituciones académicas, reajusten las prioridades de la investigación en la esfera de la salud mental a fin de promover una investigación en ciencias sociales que sea independiente, cualitativa y participativa, y plataformas de investigación, explorando modelos de servicio alternativos que no sean coercitivos;

c) Los Estados colaboren con las instituciones académicas para subsanar la falta de conocimientos con respecto a la salud mental basada en los derechos y de base empírica en la formación médica.

93. A fin de garantizar que se aborden los factores determinantes básicos y sociales con miras a la promoción de la salud mental para todos, el Relator Especial recomienda a los Estados que:

a) Den prioridad a la promoción de la salud mental y a la prevención en la política pública, y aumenten las inversiones en todos los ministerios pertinentes;

b) Adopten medidas inmediatas para elaborar políticas públicas que, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aborden la salud mental y apliquen un desarrollo holístico en la primera infancia y la adolescencia, dando prioridad a la promoción y las intervenciones psicosociales;

c) Adopten medidas políticas y legislativas destinadas a la prevención de la violencia en todos los entornos donde las personas viven, estudian y trabajan;

d) Emprendan iniciativas inmediatas para combatir los estereotipos de género nocivos y la violencia de género, y asegurar el acceso a la salud sexual y reproductiva;

e) Adopten medidas inmediatas para poner fin al castigo corporal de los niños y su institucionalización, incluidos los niños con discapacidad.

94. Para asegurarse de que la cooperación internacional garantiza el derecho a la salud y la consecución de la Agenda 2030, los Estados y las instituciones multilaterales e internacionales deben:

a) Suspender cualquier tipo de ayuda financiera a las instituciones residenciales segregadas de salud mental, los grandes hospitales psiquiátricos y demás servicios e instalaciones segregadas;

b) Incorporar el derecho a la salud mental en las estrategias e intervenciones en materia de salud, reducción de la pobreza y desarrollo, e incluirlo de forma expresa en los planes y políticas de salud generales y prioritarios;

c) Promover la salud mental mundial en todas las actividades de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidos los foros políticos de alto nivel.

95. A fin de velar por que los servicios de atención de la salud garanticen el derecho a la salud mental para todos, los Estados deben:

a) Asegurarse de que los usuarios participen en el diseño, la aplicación, la prestación y la evaluación de las políticas, los sistemas y los servicios de atención mental;

b) Dejar de asignar financiación a la atención institucional, y redirigirla a los servicios de ámbito comunitario;

c) Invertir en servicios psicosociales que estén integrados en la atención primaria y los servicios comunitarios para empoderar a los usuarios y respetar su autonomía;

d) Incrementar las inversiones destinadas a los servicios de salud mental y modelos de apoyo alternativos;

e) Elaborar un conjunto básico de intervenciones psicosociales apropiadas, aceptables (entre otras cosas, desde una perspectiva cultural) y de calidad que constituya un componente fundamental de la cobertura sanitaria universal;

f) **Adoptar medidas específicas y concretas para reducir radicalmente la coacción en el ámbito médico y facilitar la transición hacia la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos forzados y el aislamiento;**

g) **Recabar la asistencia técnica de la iniciativa de la OMS QualityRights para evaluar y mejorar la calidad de la atención de la salud mental.**
