



Asamblea General

Distr. general
15 de abril de 2020
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

44º período de sesiones

15 de junio a 3 de julio de 2020

Tema 3 de la agenda

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

Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

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

Resumen

En este informe, presentado de conformidad con la resolución 42/16 del Consejo de Derechos Humanos, el Relator Especial explica en detalle los elementos necesarios para establecer un programa mundial basado en los derechos para promover el derecho a la salud mental.

El Relator Especial celebra que se reconozca internacionalmente que no hay salud sin salud mental y aprecia las diferentes iniciativas mundiales para promover todos los elementos de la salud mental global: la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la recuperación. Sin embargo, también hace hincapié en que, a pesar de las tendencias prometedoras, sigue habiendo una inacción mundial respecto del *statu quo* para hacer frente a las violaciones de los derechos humanos en los sistemas de atención de la salud mental. Este mantenimiento del *statu quo* refuerza un círculo vicioso de discriminación, desempoderamiento, coerción, exclusión social e injusticia. Para poner fin al ciclo, la angustia, el tratamiento y el apoyo deben ser vistos de manera más amplia y deben ir mucho más allá de un entendimiento biomédico de la salud mental. Deben iniciarse conversaciones a nivel mundial, regional y nacional para discutir cómo entender y responder a las enfermedades mentales. Esos debates y medidas deben basarse en los derechos, ser holísticos y estar arraigados en la experiencia vivida por quienes más han sido dejados atrás por los sistemas, las instituciones y las prácticas sociopolíticas perjudiciales.

El Relator Especial formula una serie de recomendaciones a los Estados, a las organizaciones que representan a la profesión psiquiátrica y a la Organización Mundial de la Salud.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Salud mundial: progresos, desafíos, puntos de acuerdo y un consenso fracturado	3
A. Puntos de partida contextuales y prioridades	3
B. Participación y poder: una perspectiva global	5
C. Estandarización y evidencia basada en la práctica.....	6
D. Determinantes de la salud y medición	7
III. Medicalización excesiva y amenazas para los derechos humanos	9
A. Contexto: de “malo” a “loco”. Poder médico y control social.....	9
B. Lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud y salud mental	11
C. A lo largo de la vida: grupos específicos vulnerables a la medicalización excesiva.....	12
IV. Enfoques de las alternativas basados en los derechos: características definitorias, principios fundamentales y aplicación de un marco normativo	14
A. Ampliación de las alternativas como obligación básica en el marco del derecho a la salud.....	15
B. Modelos alternativos de servicios de salud mental como derechos humanos en la práctica: conceptos y principios clave del apoyo basado en los derechos	15
C. Principios clave.....	16
D. Rendición de cuentas para la transformación de los sistemas.....	18
V. Amenazas mundiales y tendencias futuras	18
A. Incorporación del derecho a la salud mental en todos los contextos mundiales	18
B. Cambio climático.....	19
C. Vigilancia digital	20
D. La enfermedad por coronavirus (COVID-19) y sus efectos en la salud mental.....	20
VI. Conclusiones y recomendaciones.....	21

I. Introducción

1. No hay salud sin salud mental. Los abundantes vínculos existentes entre la mente, el cuerpo y el entorno están bien documentados desde hace décadas. Al iniciarse la tercera década del milenio, en ninguna parte del mundo se ha logrado la paridad entre la salud mental y la física y esto sigue siendo un problema considerable para el desarrollo humano. Un mensaje importante dentro de esa inacción colectiva es que, si no se presta la debida atención a los derechos humanos, cualquier inversión que se haga en salud mental será ineficaz. Los ataques a los principios universales de derechos humanos amenazan el entorno físico, político, social y económico, y socavan de manera activa el combate por una salud mental y un bienestar positivos.

2. El mensaje global es claro: no puede haber buena salud mental sin derechos humanos. Hace más de 70 años, la Carta de las Naciones Unidas estableció los tres pilares fundamentales del sistema de las Naciones Unidas: los derechos humanos, la paz y la seguridad, y el desarrollo. Estos elementos, todos de igual importancia, constituyen un marco para la responsabilidad compartida en todo el espectro de la actividad multilateral, incluida la salud mental. En cambio, la promoción y protección de la salud mental y el bienestar de todos, desde la primera infancia, es fundamental para apoyar los tres pilares. Eso muestra la importancia de la manera en que las partes interesadas invierten en la salud mental de modo que se desarrolle un paradigma transformador que ayude a la comunidad mundial a prepararse para un futuro radicalmente diferente, justo y más pacífico.

3. Durante su mandato, el Relator Especial ha tratado de poner de relieve la importancia de la salud mental dentro del derecho a la salud y de destacar la relación singular e interdependiente entre la salud mental y el pleno disfrute de todos los derechos humanos. Desde su informe al Consejo de Derechos Humanos en 2017 (A/HRC/35/21), la salud mental ha seguido cobrando importancia en la escena mundial. Aunque ese reconocimiento internacional se acoge con beneplácito, se necesita hacer mucho más en las conversaciones mundiales, regionales y nacionales sobre cómo comprender y responder a la salud mental. Esos debates y medidas conexas deben basarse en los derechos, ser holísticos y estar arraigados en la experiencia vivida por quienes más han sido dejados atrás por los sistemas, las instituciones y las prácticas sociopolíticas perjudiciales. En su informe final al Consejo de Derechos Humanos, el Relator Especial reflexiona sobre los progresos realizados en el movimiento mundial hacia una praxis de salud mental basada en los derechos.

II. Salud mundial: progresos, desafíos, puntos de acuerdo y un consenso fracturado

4. La salud mental global se refiere tanto a un movimiento específico, el Movimiento para la Salud Mental en el Mundo, que tiene por objeto ampliar el acceso a los servicios de salud mental, como a un campo más amplio y diverso de promoción, activismo e investigación, que incluye perspectivas críticas. La forma en que se enmarca y se ha enmarcado la salud mental mundial es de vital importancia para establecer prioridades mundiales en cuanto a la forma en que se define y se atiende la salud mental a nivel global y, posteriormente, la forma en que se pueden promover o socavar los derechos humanos¹.

A. Puntos de partida contextuales y prioridades

5. Las diferencias dentro de los países de ingresos bajos, medianos y altos y entre ellos proporcionan puntos de partida muy diferentes para comprender los significados de la salud mental y las discapacidades conexas y realizar actividades de promoción a ese respecto. El contexto es esencial. Algunos países tienen un sistema psiquiátrico colonial arraigado,

¹ Véase Alison Howell, China Mills y Simon Rushton, “The (mis)appropriation of HIV/AIDS advocacy strategies in global mental health: towards a more nuanced approach”, *Globalization and Health*, vol. 13, núm. 44 (2017).

mientras que otros no tienen formalizado ningún sistema psiquiátrico. Muchos países han experimentado el colonialismo, y sus vínculos con la psiquiatría, de manera muy diferente.

6. Los sistemas políticos y sociales ofrecen diferentes relatos de cómo la buena salud mental puede ser socavada estructuralmente por el entorno contrapuesto que crean las opciones políticas. El Relator Especial ha destacado anteriormente la forma en que los determinantes subyacentes y sociales de la salud pueden ser perjudiciales para la salud mental de las personas y las sociedades dentro y fuera de los sistemas de atención de la salud mental. Esos perjuicios pueden derivarse de vulneraciones sistémicas de los derechos económicos y sociales, como las políticas neoliberales y las medidas de austeridad. Los daños a la salud mental pueden derivarse igualmente de vulneraciones sistémicas de los derechos civiles y políticos que dan lugar a la discriminación estructural y a la violencia contra las diferentes comunidades, así como a la restricción del espacio de la sociedad civil.

7. En muchos países de altos ingresos se ha hecho hincapié en general en el mejoramiento de los sistemas de salud mental existentes, junto con campañas para resistir y reducir la medicalización excesiva. En muchos países de ingresos bajos y medianos se ha producido un cambio de política hacia el desarrollo o el aumento del acceso a servicios de salud mental similares a los de los países de ingresos altos, junto con un activismo de base simultáneo centrado en el desarrollo de sistemas de apoyo de propiedad comunitaria y promovidos por homólogos². A nivel mundial, casi todos los contextos comparten la necesidad de un cambio de paradigma en materia de salud mental, aunque hay un amplio debate acerca de cómo debe ser ese cambio en la práctica.

8. Los puntos de partida contextuales son importantes para garantizar que las estrategias de promoción no se exporten sin críticas de los países del Norte a los del Sur. Algunos expertos consideran que la menor consolidación de las infraestructuras de salud mental, especialmente en los países de bajos ingresos, constituye un obstáculo para la realización del derecho a la salud mental y los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Sostienen que lo que se requiere en la Convención es poco realista e incluso contraproducente para la promoción y protección de entornos de derechos humanos con tan escasos recursos. Otros consideran que una menor consolidación de las infraestructuras de salud mental es una oportunidad para la transformación y la innovación creativa. El reconocimiento de estos matices contextuales y de los factores sociopolíticos más amplios que los conforman significa que, si bien existe un *statu quo* mundial dominante en materia de salud mental, este se está fracturando bajo la presión de estos divergentes y poderosos movimientos y experiencias.

9. Los sistemas de salud mental de todo el mundo están dominados por un modelo biomédico reduccionista que utiliza la medicalización para justificar la coerción como práctica sistémica y califica como “trastornos” que necesitan tratamiento las diversas respuestas humanas a los determinantes subyacentes y sociales perjudiciales (como las desigualdades, la discriminación y la violencia). En ese contexto se socavan y desatienden activamente los principios fundamentales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este enfoque ignora la evidencia de que las inversiones efectivas deberían dirigirse a los grupos de población, las relaciones y otros determinantes, en lugar de a los individuos y sus mentes.

10. La forma de superar esa dominación requiere una acción transformadora en materia de derechos humanos. Sin embargo, las medidas que se centran únicamente en el fortalecimiento de sistemas e instituciones deficientes de atención de la salud mental no se ajustan al derecho a la salud. El lugar de la acción debe recalibrarse para fortalecer las comunidades y ampliar las prácticas basadas en pruebas que reflejen una diversidad de experiencias. Esa recalibración dirigida por la comunidad permite la integración y conexión

² Véase TCI Asia, “Turning the tables: the imperative to reframe the debate towards full and effective participation and inclusion of persons with psycho-social disabilities. Excerpts from ‘Galway-Trieste’ conversations – part IV”, 28 de octubre de 2019.

social necesarias para promover de manera más eficaz y humana la salud mental y el bienestar³.

11. A nivel mundial, no se asignan suficientes recursos para la salud mental, por ejemplo para la promoción, el apoyo y la investigación dirigida por personas con discapacidad. Falta inversión en el fomento de la capacidad de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas con discapacidad, los defensores de los derechos humanos y los círculos académicos, acerca de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y sus conexiones conceptuales con otros tratados de derechos humanos, concretamente con los que consagran el derecho a la salud. Por ello, hay muy poca literatura y estudios sobre cómo podría ser un enfoque de la salud mental basado en los derechos en una serie de prácticas y contextos. Están empezando a surgir marcos basados en los derechos que pueden servir de elementos fundamentales para que las futuras comunidades de prácticas se amplíen y desarrollen dentro y fuera de los sistemas de salud mental existentes⁴.

12. La Declaración de Bali de agosto de 2018, emitida por Transforming Communities for Inclusion-Asia Pacific, fue elaborada por personas con discapacidad psicosocial con el apoyo de otras personas con tipos de discapacidad diversos de 21 países de la región de Asia y el Pacífico. Esas personas afirmaron la necesidad de un cambio de paradigma en la salud mental que favoreciera la inclusión y se alejara del enfoque dominado por el modelo médico. En lugar de centrar los esfuerzos en sistemas de reforma que vulneran los derechos, se debería dar prioridad al desarrollo y el fortalecimiento de los movimientos que ya existen en favor de programas no violentos, dirigidos por homólogos, que tengan en cuenta el trauma y estén dirigidos por la comunidad, las prácticas de curación y culturales preferidas por los grupos locales de personas con discapacidad psicosocial, atentos al movimiento de alternativas no médicas y al progresivo apoyo comunitario en todo el mundo. Organizaciones de otras regiones, como Mental Health Europe, comparten enfoques similares. Esta dirección de promoción es un medio importante para transformar el debate mundial y reequilibrarlo, alejándolo de la extensión y la mejora de los servicios como principal respuesta a la salud mental y de la tendencia en la salud mental mundial para ampliar el acceso a la salud mental para todos, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos⁵.

B. Participación y poder: una perspectiva global

13. La participación de las personas con problemas de salud mental, incluidas las personas con discapacidad, en la planificación, supervisión y evaluación de los servicios, en el fortalecimiento de los sistemas y en la investigación, se reconoce ahora más ampliamente como una forma de mejorar la calidad, la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios y el fortalecimiento de los sistemas de salud mental⁶. En los países de ingresos altos existen pruebas y directrices prometedoras en esta esfera⁷: el Relator Especial ha observado prácticas prometedoras en salas de tratamiento “sin medicamentos” en Noruega y en un proyecto experimental basado en los derechos en Suecia, en el que se ha recurrido a la

³ Véase Bhargavi V. Davar, “Globalizing psychiatry and the case of ‘vanishing’ alternatives in a neo-colonial state”, *Disability and the Global South*, vol. 1, núm. 2 (2014).

⁴ Véase Peter Stastny y otros, “Critical elements of rights-based community supports for individuals experiencing significant emotional distress: foundations and practices”, *Health and Human Rights Journal* (de próxima aparición, junio de 2020); Faraaz Mahomed, “Establishing good practice in rights-based approaches to mental health in Kenya”, tesis doctoral, Harvard T. H. Chan School of Public Health (mayo de 2019).

⁵ Véase Lancet Global Mental Health Group, “Scale up services for mental disorders: a call for action”, *The Lancet*, vol. 370, núm. 9594 (octubre de 2007).

⁶ Véase Angela Sweeney y Jan Wallcraft, “Quality assurance/monitoring of mental health services by service users and carers”, Oficina Regional de la OMS para Europa; y Graham Thornicroft y Michele Tansella, “Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation”, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 14, núm. 1 (marzo de 2005).

⁷ National Survival User Network, “4Pi national involvement standards” (2013).

utilización de homólogos para hacer frente a las asimetrías de poder y apoyar los enfoques dialogados y no coercitivos. Se dispone de pocas pruebas que demuestren dónde y cómo se ha hecho esto en países de ingresos bajos y medianos, en particular a nivel de sistemas o de políticas.

14. Aunque a menudo se hace referencia al empoderamiento, el poder ha sido un tema desatendido en la salud mental a nivel mundial. Recientemente se ha prestado cierta atención a la necesidad de reequilibrar el poder hacia los agentes locales para mitigar la “aplicación inapropiada de ideas que no se ajustan a las necesidades locales”⁸. En ese contexto, la equiparación de la dinámica de poder mundial es una vía prometedora hacia la transformación basada en los derechos en entornos con diferentes niveles de recursos. Todos los Estados, independientemente de su nivel de ingresos, siguen en un estado de desarrollo embrionario en cuanto a la integración de nuevos marcos normativos y prácticas que puedan liberar el campo de la salud mental de actitudes y prácticas discriminatorias y anticuadas.

15. Sin embargo, los debates sobre el poder en la adopción de decisiones, la elaboración de programas y la producción de conocimientos en materia de salud mental a nivel mundial siguen siendo en gran medida inexistentes. Además, la literatura mundial sobre este particular es menos prominente en lo que respecta a la participación en las investigaciones y las publicaciones realizadas y escritas por quienes se identifican como usuarios de servicios o sobrevivientes psiquiátricos, o como personas con discapacidad psicosocial. Gran parte de esas investigaciones y publicaciones se originan en los países del Norte, lo que significa que la participación no se extiende necesariamente a las personas con discapacidad que viven en países de ingresos bajos y medianos⁹.

16. Las nuevas dinámicas de poder en la profesión psiquiátrica han reforzado tradicionalmente el *statu quo* dominado por el paradigma biomédico. Sin embargo, la psiquiatría no es uniforme y muchos miembros de la comunidad psiquiátrica de todas las regiones están rompiendo con el *statu quo* en apoyo de un cambio de paradigma basado en los derechos. Ese cambio debe considerarse necesario para la futura credibilidad de la profesión. Es preocupante ver que esas voces son desestimadas por la profesión psiquiátrica convencional (y dominante) y sus órganos rectores¹⁰. Quienes hablan contra la coacción y apoyan la opinión de que las alternativas son seguras no son poco éticos, negligentes o indolentes en su deber de cuidado, ni tampoco representan la “antipsiquiatría”. Por el contrario, el Relator Especial ha examinado las alternativas que han aplicado una lente de reducción del daño durante decenios y han garantizado diligentemente la minimización de los riesgos.

17. La combinación de un modelo biomédico dominante, las asimetrías de poder y el amplio uso de prácticas coercitivas hacen que no solo las personas con enfermedades mentales, sino también todo el campo de la salud mental, sean rehenes de sistemas obsoletos e ineficaces. Los Estados y otros interesados, en particular el grupo profesional de la psiquiatría, deberían reflexionar críticamente sobre esta situación y aunar ya fuerzas en el camino hacia el abandono del legado de los sistemas basados en la discriminación, la exclusión y la coacción.

C. Estandarización y evidencia basada en la práctica

18. Muchos instrumentos y tecnologías de salud mental a nivel mundial, incluida la Guía de intervención de la OMS para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (GI-mhGAP), están concebidos para ser universales, lo que significa que a menudo están estandarizados. Aunque la estandarización es importante para la labor mundial, también ella pasa por alto la comprensión y las prácticas que se resisten a esa

⁸ Véase Julian Eaton, “Rebalancing power in global mental health”, *International Journal of Mental Health*, vol. 48, núm. 4 (2019).

⁹ Véase Pan-African Network of People with Psychosocial Disabilities, “Voices from the field. The Cape Town Declaration (16 October 2011)”, *Disability and the Global South*, vol. 1, núm. 2 (2014).

¹⁰ Véase Niall Maclaren, “Ready, fire, aim: mainstream psychiatry reacts to the UN Special Rapporteur”, *Mad in America*, 26 de enero de 2020.

estandarización debido a la complejidad o a su carácter local¹¹. El diseño y la aplicación de esas directrices nunca son neutrales y entrañan una labor ética y política. Las directrices y los protocolos están conformados por las suposiciones y las experiencias vitales de quienes los diseñan y utilizan, por las pruebas disponibles y por la infraestructura sanitaria local¹².

19. Las directrices mundiales en materia de salud mental, como la guía de intervención de la OMS, tienen base empírica, con recomendaciones de intervenciones basadas en revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios. La localización de las directrices en la medicina con base empírica es importante para la aceptación política, pero la dependencia de los ensayos controlados aleatorios, que se llevan a cabo principalmente en intervenciones farmacológicas y a menudo son financiados por la industria farmacéutica, puede desviar las recomendaciones de tratamiento hacia los medicamentos. Además, se generan muchas más pruebas aleatorias en entornos de proveedores especializados en los países de ingresos altos, lo que tiene una aplicación cuestionable en los entornos de atención primaria en los países de ingresos bajos y medianos.

20. Una vía basada en los derechos para lograr una mayor pertinencia local en la salud mental a nivel mundial podría consistir en dejar de lado la práctica basada en pruebas para pasar a las pruebas basadas en la práctica, que toma como punto de partida las realidades, posibilidades y comprensión locales de la atención. Las investigaciones muestran que la reforma del sistema de salud mental en regiones frágiles y afectadas por conflictos surge mediante prácticas creativas, la experimentación, la adaptación y la aplicación de conocimientos, ya que las personas se enfrentan a la incertidumbre y la complejidad en contextos en los que a veces faltan recursos fundamentales¹³.

D. Determinantes de la salud y medición

21. Criticado por su enfoque individualizador de la enfermedad, el Movimiento para la Salud Mental en el Mundo ha empezado a tomar más en serio los determinantes de la salud¹⁴. Por ejemplo, un examen sistemático de las investigaciones epidemiológicas en los países de ingresos bajos y medianos reveló una relación muy estrecha entre los indicadores de pobreza y las afecciones comunes de salud mental¹⁵, y el índice de vulnerabilidad CAPE pone de manifiesto las relaciones entre los factores geopolíticos, la ayuda exterior y la salud mental¹⁶. Otras conclusiones de Global Mental Health muestran que los determinantes de la salud no actúan de manera uniforme y que muchos factores, incluido el contexto local, son importantes¹⁷.

22. Gran parte de las investigaciones mundiales sobre la relación entre la pobreza y la salud mental se centran en las afecciones de salud mental preexistentes diagnosticadas mediante la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos que contribuyen a la pobreza. No se centra en cómo la pobreza y la injusticia social pueden producir malestar psíquico. Se ha hecho hincapié en la carga y el costo de los

¹¹ Véase Sara Cooper, “Prising open the ‘black box’: an epistemological critique of discursive constructions of scaling up the provision of mental health care in Africa”, *Health*, vol. 19, núm. 5 (septiembre de 2015).

¹² Véase China Mills y Kimberley Lacroix, “Reflections on doing training for the World Health Organization’s mental health gap action program intervention guide (mhGAP-IG)”, *International Journal of Mental Health*, vol. 48, núm. 4 (2019).

¹³ Véase Hanna Kienzler, “Mental health system reform in contexts of humanitarian emergencies: towards a theory of ‘practice-based evidence’”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 43, núm. 4 (diciembre de 2019).

¹⁴ Véase Vikram Patel y otros, “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development”, *The Lancet*, vol. 392, núm. 10157 (octubre de 2018).

¹⁵ Véase Crick Lund y otros, “Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low and middle-income countries”, *The Lancet*, vol. 378, núm. 9801 (octubre de 2011).

¹⁶ Véase Albert Persaud y otros, “Geopolitical factors and mental health I”, *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 64, núm. 8 (diciembre de 2018).

¹⁷ Vikram Patel y Paul E. Farmer, “The moral case for global mental health delivery”, *The Lancet*, vol. 395, núm. 10218 (enero de 2020).

trastornos de salud mental. Esto no es coherente con un enfoque basado en los derechos humanos y se ha demostrado que es metodológicamente defectuoso.

23. Ese enfoque se basa en argumentos económicos en lugar de estar centrado en los derechos humanos. La atención sigue centrada en el cambio individual y no en el sistémico como medio de hacer frente a la pobreza y la opresión. Al posicionar el malestar psíquico como una barrera para el desarrollo económico, la salud mental se reformula como un problema de mentes individuales. Esto permite, en particular, movilizar los conocimientos psiquiátricos y psicológicos en relación con las personas en situación de pobreza, contribuyendo a la “psicologización” y “psiquiatrización” de la pobreza. En ese contexto, el presupuesto de bienestar aprobado por Nueva Zelanda, que es el primero de ese tipo en el mundo, es una iniciativa que va en la dirección correcta al dar prioridad a la salud mental y el bienestar por encima del producto interno bruto.

24. La medición es clave para evidenciar las relaciones entre la discapacidad, la salud mental y los determinantes de la salud, y para hacer que la salud mental cuente como una esfera prioritaria a nivel mundial. Sin embargo, la medición de los determinantes de la salud suele basarse en criterios de diagnóstico psiquiátrico traducidos en listas de verificación fáciles de administrar. Los criterios y las listas de verificación no solo son profundamente problemáticos, sino que también han sido criticados por individualizar la angustia, lo que plantea problemas para utilizarlos como herramientas para trazar un mapa de los efectos en la salud mental de los determinantes de la salud¹⁸. Los sistemas de medición deben alejarse de los modelos individualizados y causales de los determinantes de la salud y abordar las condiciones estructurales y las causas fundamentales, haciendo participar de manera significativa a los usuarios de los servicios y a las personas con discapacidad en la adopción de decisiones acerca de lo que importa en la salud mental. También deberían elaborar indicadores para las medidas relativas a los determinantes de la salud mental e incluir indicadores basados en los derechos para medir los progresos, como sugirió el Consejo de Derechos Humanos en su resolución 40/12.

25. Dado que los determinantes de la salud siguen atrayendo una importante atención política, en particular en el Movimiento para la Salud Mental en el Mundo, existe el riesgo de que esa atención siga siendo retórica y no se integre de manera significativa en las reformas estructurales que necesitan los sistemas de salud mental, en particular en la práctica de la psiquiatría¹⁹. En su informe sobre la educación del personal sanitario, el Relator Especial destacó una serie de cambios pedagógicos muy prometedores para la integración de estos conocimientos en la práctica (A/74/174).

26. La mejor manera de hacer realidad el derecho a la salud mental es mediante la convergencia de los derechos humanos y los factores determinantes de la salud, para la que se consideran esenciales la investigación y la acción sobre los determinantes estructurales, políticos y sociales de la angustia, como la pobreza, la desigualdad, la discriminación y la violencia²⁰. Por consiguiente, es necesario realizar investigaciones más matizadas en esa esfera y un cambio en los recursos para pasar de un paradigma biomédico dominante a las ciencias sociales, haciendo hincapié en la interdisciplinariedad, la interseccionalidad y la función de los factores contextuales. El enfoque biomédico de las condiciones de salud mental todavía tiene un importante papel que desempeñar, pero debe entenderse como una de las muchas piezas complejas de la transformación basada en los derechos que queda por delante.

¹⁸ Véase China Mills, “From ‘invisible problem’ to global priority: the inclusion of mental health in the sustainable development goals” *Development and Change*, vol. 49, núm. 3 (2018).

¹⁹ Véase Lisa Cosgrove y otros, “A critical review of the Lancet Commission on global mental health and sustainable development: time for a paradigm change”, *Critical Public Health* (septiembre de 2019).

²⁰ Véase Dainius Puras y Piers Gooding, “Mental health and human rights in the 21st century”, *World Psychiatry*, vol. 18, núm. 1 (febrero de 2019).

III. Medicalización excesiva y amenazas para los derechos humanos

A. Contexto: de “malo” a “loco”. Poder médico y control social

27. Muchas personas pertenecientes a grupos tradicionalmente marginados de la sociedad, como las personas que viven en la pobreza, los consumidores de drogas y las personas con discapacidad psicosocial, han sido clasificadas con una triple etiqueta: a) malos/criminales; b) enfermos o locos o pacientes; o c) una combinación de ambas. Esas etiquetas han hecho que esas comunidades sean vulnerables al castigo excesivo, al tratamiento y/o la “justicia” terapéutica debido a estados de salud o comportamientos considerados socialmente inaceptables. El resultado es una canalización excluyente, discriminatoria y a menudo racista desde las escuelas, las calles y las comunidades desatendidas hacia las prisiones, los hospitales y los centros de tratamiento privados, o hacia las comunidades bajo órdenes de tratamiento, donde las violaciones de los derechos humanos pueden ser sistémicas, generalizadas y a menudo intergeneracionales. El discurso mundial sobre la salud mental sigue dependiendo de este enfoque de “loco o malo” y de las leyes, prácticas y actitudes de los interesados que dependen excesivamente de la idea de que la atención de la salud mental consiste principalmente en prevenir comportamientos que podrían ser peligrosos o que requieren intervenciones basadas en la necesidad médica (terapéutica). Quienes defienden los enfoques basados en los derechos, infundidos por los principios modernos de la salud pública y las pruebas científicas, cuestionan la dicotomía “loco o malo” por ser obsoleta, discriminatoria e ineficaz.

28. Los numerosos esfuerzos mundiales en favor de la reducción de la encarcelación y la despenalización son bienvenidos, pero debe prestarse atención a los correspondientes cambios políticos y de política hacia el fenómeno de la excesiva medicalización, que suscita importantes preocupaciones de derechos humanos. Ya sea mediante el confinamiento o la coacción por razones de seguridad pública o médicas, la experiencia común de la exclusión pone de manifiesto un relato común de profunda desventaja, discriminación, violencia y desesperanza.

29. Esta forma perniciosa de medicalización plantea problemas para la promoción y protección del derecho a la salud. La medicalización se produce cuando diferentes comportamientos, sentimientos, estados o problemas de salud se “definen en términos médicos, se describen utilizando un lenguaje médico, se entienden mediante la adopción de un marco médico o se tratan mediante una intervención médica”²¹. El proceso de medicalización suele asociarse con el control social, ya que sirve para hacer cumplir los límites en torno a los comportamientos y experiencias normales o aceptables. La medicalización puede ocultar la capacidad de ubicarse a sí mismo y sus experiencias en un contexto social, alimentando el desconocimiento de las fuentes legítimas de angustia (determinantes de la salud, trauma colectivo) y produciendo alienación. En la práctica, cuando las experiencias y los problemas se consideran que tienen un carácter médico, más que social, político o existencial, las respuestas se centran en intervenciones a nivel individual que tienen por objeto devolver al individuo a un nivel de funcionamiento dentro de un sistema social, en lugar de abordar los legados de sufrimiento y el cambio necesario para contrarrestar ese sufrimiento a nivel social. Además, la medicalización hace que se corra el riesgo de legitimar prácticas coercitivas que vulneran los derechos humanos y pueden afianzar aún más la discriminación contra grupos que ya están en situación de marginación a lo largo de su vida y de una generación a otra.

30. Existe una tendencia preocupante a utilizar la medicina como medio para diagnosticar y posteriormente denegar la dignidad y la autonomía de una persona en una serie de ámbitos de la política social, muchos de los cuales se consideran reformas populares de formas anticuadas de castigo y encarcelamiento. La medicalización se desvía de la complejidad del contexto como seres humanos en la sociedad, lo que implica que

²¹ Véase Peter Conrad y Joseph W. Schneider, *Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness* (Filadelfia, Pensilvania, Temple University Press, 2010).

existe una solución concreta, mecanicista (y a menudo paternalista). Esto refleja la falta de voluntad de la comunidad mundial para afrontar el sufrimiento humano de manera significativa e incorpora una intolerancia hacia las emociones negativas normales que todo el mundo experimenta en la vida. Es preocupante la forma en que se utiliza el “tratamiento” o la “necesidad médica” para justificar la discriminación y la injusticia social.

31. El enfoque biomédico dominante ha llevado a los Estados a justificar su autoridad para intervenir de modo tal que se limitan los derechos de las personas. Por ejemplo, las justificaciones médicas nunca deben utilizarse como defensa o justificación de políticas y prácticas que violen la dignidad y los derechos de las personas que consumen drogas. Si bien en principio se acogen con beneplácito los esfuerzos por alejar las respuestas al consumo de drogas de los modelos criminalizados y orientarlas hacia los modelos basados en la salud, es importante plantear una advertencia sobre el riesgo de que la medicalización afiance aún más las vulneraciones de los derechos de las personas que consumen drogas. Las respuestas medicalizadas para hacer frente a la adicción (en particular cuando se enmarcan en una enfermedad) pueden reflejar prácticas coercitivas paralelas, la detención, la estigmatización y la falta de consentimiento que se encuentran en los enfoques criminalizados. Sin las salvaguardias de derechos humanos, estas prácticas pueden generalizarse y pueden a menudo afectar de manera desproporcionada a las personas que se enfrentan a la marginación social, económica o racial.

32. Las intervenciones forzadas en los establecimientos de salud mental se han justificado aduciendo determinaciones de “peligrosidad” o “necesidad médica”. Esas determinaciones son establecidas por alguien que no es la persona en cuestión. Debido a que son subjetivas, requieren un mayor escrutinio desde la perspectiva de los derechos humanos. Mientras que hay personas en todo el mundo que están luchando por desencadenar a las personas con graves trastornos emocionales, las cadenas y los candados físicos están siendo sustituidos por restricciones químicas y vigilancia activa. La mirada del Estado y la inversión de recursos siguen centrándose de manera demasiado estrecha en el control de la persona con “necesidad médica”, que se suele invocar como motivo para justificar dicho control.

33. Pese a que no existen marcadores biológicos para todos los estados de salud mental²², la psiquiatría ha reforzado la comprensión biomédica y acontextual de la angustia emocional. Debido a la falta de un conocimiento amplio de la etiología y el tratamiento de las afecciones de salud mental, existe una tendencia creciente que insta a abandonar la medicalización²³. Cada vez hay más llamamientos dentro de la psiquiatría para que se lleve a cabo un “replanteamiento fundamental de la creación de conocimientos y la capacitación psiquiátrica” y un renovado énfasis en la importancia de la atención relacional y la interdependencia de la salud mental y social²⁴. El Relator Especial está de acuerdo, pero pide a la psiquiatría organizada y a sus dirigentes que establezcan firmemente los derechos humanos como valores básicos al dar prioridad a las intervenciones en materia de salud mental.

34. Cuando se considera la posibilidad de iniciar un tratamiento, el principio de *primum non nocere*, es decir, “lo primero es no hacer daño”, debe ser el principio rector. Lamentablemente, los gravosos efectos colaterales resultantes de las intervenciones médicas a menudo se pasan por alto, y los daños asociados a numerosas drogas psicotrópicas han sido minimizados y sus beneficios exagerados en la bibliografía publicada²⁵. Por consiguiente, la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento excesivos debe considerarse como un posible efecto iatrogénico de los actuales esfuerzos mundiales por

²² Véase James Phillips y otros, “The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis”, *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, vol. 7, núm. 3 (enero de 2012).

²³ Véase Vincenzo Di Nicola. “‘A person is a person through other persons’: a social psychiatry manifesto for the 21st century”, *World Social Psychiatry*, vol. 1, núm. 1 (2019).

²⁴ Véase Caleb Gardner y Arthur Kleinman, “Medicine and the mind - the consequences of psychiatry’s identity crisis”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 381, núm. 18 (octubre de 2019).

²⁵ Véase Joanna Le Noury y otros, “Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence”, *The BMJ*, vol. 351 (septiembre de 2015).

ampliar el acceso al tratamiento. Además, los daños más amplios sociales y respecto de los derechos humanos producidos por la medicalización, como la exclusión social, el tratamiento forzoso, la pérdida de la custodia de los hijos y la pérdida de autonomía, deben recibir una mayor atención. La medicalización afecta a todos los aspectos de la vida de las personas con discapacidad psicosocial; socava su capacidad para votar, trabajar, alquilar una casa y ser ciudadanos de pleno derecho que participan en sus comunidades.

35. En la actualidad se reconoce ampliamente que el encarcelamiento masivo de personas que forman parte de grupos en situaciones de marginación es una cuestión urgente de derechos humanos. A fin de evitar la medicalización masiva, es esencial incorporar un marco de derechos humanos en la conceptualización y las políticas de salud mental. La importancia del pensamiento crítico (por ejemplo, el aprendizaje de los puntos fuertes y débiles de un modelo biomédico) y el conocimiento de la importancia de un enfoque basado en los derechos humanos y de los determinantes de la salud deben ser una parte central de la educación médica.

B. Lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud y salud mental

36. Los medicamentos esenciales definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), son “los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costoeficacia comparativa”. En los últimos 30 años la Lista Modelo ha dado lugar a una aceptación mundial del concepto de medicamentos esenciales como un medio poderoso para promover la equidad sanitaria²⁶.

37. De conformidad con la posición de la OMS de que el concepto de la lista modelo es un mecanismo “orientado hacia el futuro” para promover la equidad en materia de salud y de que debería revisarse y actualizarse periódicamente para reflejar las nuevas opciones terapéuticas y garantizar la calidad de los medicamentos, el Relator Especial destaca los puntos que figuran a continuación.

38. A diferencia de otros trastornos de salud física (por ejemplo, la meningitis bacteriana), para las que existen medicamentos esenciales (por ejemplo, antibióticos), se desconoce la fisiopatología de los trastornos de salud mental y los mecanismos específicos por los que los fármacos psicotrópicos pueden ser eficaces. Aunque se ha avanzado mucho en la comprensión de la farmacocinética y la farmacodinámica de los medicamentos antidepresivos y los antipsicóticos, su eficacia no es comparable a la de la amoxicilina para una infección bacteriana.

39. La OMS ha elaborado una lista de medicamentos esenciales para los trastornos mentales, pero, por muy bien intencionada que sea, debería reconsiderar la inclusión de 12 medicamentos para el tratamiento de los “trastornos” psicóticos (24.1 de la lista), los “trastornos” del estado de ánimo (24.2), los “trastornos” de la ansiedad (24.3) y los “trastornos” obsesivo-compulsivos (24.4).

40. Varios reanálisis de los datos de los ensayos clínicos aleatorios en los que se basaron los medicamentos y los meta-análisis sugieren que es necesario reevaluar la relación riesgo-beneficio²⁷. Actualmente se reconoce que, en general, la respuesta al tratamiento inicial con medicación antidepresiva se sitúa entre el 40 % y el 50 %, por lo que muchas personas no logran una respuesta o remisión completa mediante los antidepresivos²⁸. Existe una creciente preocupación por la “depresión resistente al tratamiento” y por el hecho de

²⁶ OMS, Medicamentos esenciales y productos sanitarios, disponible en https://www.who.int/topics/essential_medicines/es/.

²⁷ Véase Joanna Le Noury y otros, “Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence”.

²⁸ Véase Claire D. Advokat, Joseph E. Comaty y Robert M. Julien, Julien’s Primer of Drug Action, 14ª ed. (Nueva York, Worth Publishers, 2019).

que los antidepresivos de la lista puedan estar causando un efecto iatrogénico²⁹. Hay una clara carga de efectos colaterales de los medicamentos antipsicóticos. La combinación de estos hechos apunta a una pregunta importante: ¿el hecho de que esos medicamentos figuren como “esenciales” está socavando un enfoque escalonado y basado en pruebas de la atención y el apoyo a las personas con problemas de salud mental, incluidas las personas con discapacidad? El Relator Especial ya ha determinado que la excesiva importancia que se da a la medicación para abordar los problemas de salud mental ya no se ajusta al derecho a la salud.

41. Aunque continúan los debates sobre la base de pruebas de los medicamentos psicotrópicos, su inclusión en la lista de medicamentos esenciales puede plantear otros problemas. Por ejemplo, su inclusión puede concretar categorías de enfermedades impugnadas y sugerir que esos trastornos mentales son principalmente de naturaleza biomédica, lo que refuerza aún más la medicalización. Además, la lista puede reforzar inadvertidamente las prácticas coercitivas porque se basa en la suposición de que las personas a las que se les ha diagnosticado un problema de salud mental necesitan medicación como tratamiento de primera elección, lo que socava su propia percepción de su malestar.

42. El Relator Especial ha hecho repetidos llamamientos en favor de una comprensión más amplia de la salud mental, que se ajuste a la Constitución de la OMS y que vaya más allá de los factores e intervenciones individuales. La lista de medicamentos esenciales puede implicar que el hecho de que esos medicamentos estén disponibles equivale a proporcionar el nivel de atención adecuado para el tratamiento de las afecciones de salud mental, lo que no es el caso. La lista es insuficiente para evaluar el cumplimiento del derecho a la salud. Basarse predominantemente en la lista de medicamentos esenciales es engañoso y plantea un problema respecto del derecho a la salud. Toda sugerencia de que los medicamentos psicotrópicos son el método más importante para tratar las afecciones de salud mental, incluidas las de las personas con discapacidad, contraviene las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que propugna la superación del modelo médico. Además, la inclusión de los medicamentos psicotrópicos en la lista de medicamentos esenciales envía un mensaje engañoso a los interesados (Estados, usuarios y proveedores de servicios de salud mental) y socava el hecho de que, para la mayoría de las afecciones de salud mental, las intervenciones psicosociales y otras intervenciones sociales deben considerarse la opción “esencial” para el tratamiento.

43. A la luz de las nuevas pruebas, de la mayor comprensión acerca de cómo apoyar una buena salud mental y de los importantes obstáculos que la dependencia excesiva de los medicamentos para la salud mental presenta para la realización del derecho a la salud, la OMS debería revisar la actual lista de medicamentos esenciales para la salud mental (núms. 24.1 a 24.4), con miras a eliminar aquellos para los que no hay evidencia de un perfil adecuado de riesgo/beneficio. En su lugar, el Relator Especial pide a la OMS y a otros agentes de la salud mental a nivel mundial que se esfuercen por elaborar una nueva lista holística de intervenciones psicosociales y comunitarias esenciales, fundamentadas en pruebas y apoyadas y desarrolladas por principios basados en los derechos, que puedan orientar más adecuadamente a los Estados hacia el pleno cumplimiento del derecho a la salud. Hasta que se reconozca la crisis del *statu quo* y se elabore una lista más holística, sigue existiendo un riesgo continuo de vulneraciones sistémicas de los derechos humanos en la prestación de servicios de atención de la salud mental.

C. A lo largo de la vida: grupos específicos vulnerables a la medicalización excesiva

44. A lo largo del ciclo vital, muchas personas en la intersección de raza, clase y género corren un mayor riesgo de sufrir los efectos de una medicalización excesiva. De hecho, está bien documentado que las personas con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial, especialmente las que son pobres y/o pertenecen a grupos en situación de marginación, son

²⁹ Véase Ziad A. Ali, Sharon Nuss y Rif S. El-Mallakh, “Antidepressant discontinuation in treatment resistant depression”, *Contemporary Clinical Trials Communications*, vol. 15 (septiembre de 2019).

particularmente vulnerables. De esa manera, la medicalización puede patologizar las respuestas a las desigualdades sociales y aumentar el control social y las violaciones de los derechos en las poblaciones vulnerables. En las publicaciones sobre este tema se detallan numerosos ejemplos en los que “el proyecto de ayudar a ciertos grupos de personas se fusionó con demasiada facilidad con el proyecto de controlarlos”³⁰. El Relator Especial destaca las experiencias de varios grupos que son particularmente vulnerables a la medicalización excesiva.

45. Existe una tendencia internacional general al aumento de las tasas de prescripción de sustancias sicotrópicas para niños y adolescentes (así como para adultos), aunque las tasas varían mucho de un país a otro³¹. Un número cada vez mayor de estudios ha documentado una tendencia al uso a largo plazo de múltiples medicamentos antipsicóticos y otras clases de psicotrópicos en niños y adolescentes³². Esos medicamentos se utilizan cada vez más como medio de represión del comportamiento y de control social. Exponer innecesariamente a los niños a los medicamentos psicotrópicos socava el derecho a la salud. Aunque no es posible identificar con precisión las razones del aumento de las afecciones de salud mental diagnosticadas en los niños y el consiguiente aumento del uso de medicamentos psicotrópicos y de múltiples medicamentos, se ha sugerido una ampliación de los límites del diagnóstico³³, un mayor uso de la tecnología³⁴ y un mayor aislamiento social. Inexplicablemente, esta tendencia ascendente se produce al mismo tiempo y a pesar de que sigue surgiendo un enorme cúmulo de pruebas sobre los efectos de las experiencias adversas en la salud y el bienestar mentales de los niños.

46. La tendencia a medicalizar la angustia de los niños puede conducir a un enfoque en el que se prescriben múltiples medicamentos para diversos síntomas, en el que algunos de los síntomas son efectos iatrogénicos de los medicamentos, a pesar de la falta de pruebas para recetar el uso de múltiples medicamentos en los niños³⁵. Los niños tienen derecho a crecer, a desarrollarse de forma holística hasta alcanzar su máximo potencial y a disfrutar de una buena salud física y mental en un mundo sostenible. Es fundamental que se hagan inversiones para proporcionar los recursos nutricionales, educativos y sociales necesarios para un desarrollo saludable, y que se aborden los efectos de las experiencias adversas en los niños.

47. El Relator Especial acoge con satisfacción los intentos de las organizaciones en la esfera de la salud mental de los niños y los adolescentes de oponerse a la medicalización excesiva y desarrollar servicios de atención de la salud mental para niños y adolescentes que prevengan las medidas coercitivas y el uso excesivo de medicamentos psicotrópicos³⁶. Es importante capacitar a los profesionales de la salud mental y educar a la sociedad en general para que comprenda que los medicamentos psicotrópicos no son opciones de tratamiento de primera elección eficaces en la atención de la salud mental de los niños y los adolescentes y que el uso excesivo de medicamentos psicotrópicos no se ajusta al derecho a la salud. Una amplia variedad de otras intervenciones, como la observación atenta y otras

³⁰ Véase Jonathan Metzl. *The Protest Psychosis: How Schizophrenia Became a Black Disease*, (Boston, Massachusetts, Beacon Press. 2010).

³¹ Véase Hans-Christoph Steinhausen, “Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescents”, *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 24, núm. 6 (junio de 2015).

³² Véase Amanda R. Kreider y otros, “Growth in the concurrent use of antipsychotics with other psychotropic medications in Medicaid-enrolled children”, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 53, núm. 9 (septiembre de 2014).

³³ Véase Allen Frances y Laura Batstra, “Why so many epidemics of childhood mental disorder?”, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 34, núm. 4 (mayo 2013).

³⁴ Véase Jean M. Twenge, “The sad state of happiness in the United States and the role of digital media” en *World Happiness Report 2019*, John F. Helliwell, Richard Layard y Jeffrey D. Sachs, eds. (Nueva York, Sustainable Development Solutions Network, 2019).

³⁵ Véase Jon Jureidini, Anne Tonkin y Elsa Jureidini, “Combination pharmacotherapy for psychiatric disorders in children and adolescents: prevalence, efficacy, risks and research needs”, *Pediatric Drugs*, vol. 15, núm. 5 (octubre de 2013).

³⁶ Véase Joseph M. Rey, Tolulope T. Bela-Awusah y Jing Liu, “Depression in children and adolescents” en *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, Joseph M. Rey, ed. (Ginebra, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015).

intervenciones psicosociales, deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de calidad suficiente.

48. Muchos centros de atención para las personas de edad patologizan habitualmente los síntomas asociados con el envejecimiento y utilizan drogas sedantes y antipsicóticas en las personas de edad como medios químicos de restricción. Existe un conjunto cada vez mayor de literatura especializada que sugiere que el uso de medios químicos de restricción en las personas de edad, en particular en las residencias de ancianos, está aumentando³⁷. Someter a las personas de edad con demencia a medios químicos de restricción es incompatible con un enfoque de derechos humanos y apunta a la clara necesidad de aumentar los recursos para proporcionar una dotación de personal adecuada y ofrecer apoyo centrado en la persona. Sin embargo, lo más importante es la necesidad de promover condiciones y recursos sociales que fomenten un envejecimiento saludable y de elaborar políticas y asignar recursos que permitan a las personas de edad permanecer integradas en sus comunidades.

49. Los enfoques basados en los derechos humanos pueden ayudar a poner de manifiesto las lagunas de las políticas actuales y a identificar las ideas anticuadas que pueden socavar las condiciones propicias para vivir una vida digna. Sin un enfoque interdisciplinario y una auténtica participación de los interesados en la elaboración de las políticas de salud mental, las reformas de la justicia penal y las directrices de la práctica clínica y la educación, será imposible abordar el creciente problema de la medicalización y la coerción que a menudo se deriva de ello. Para responder de manera efectiva a este problema será necesario adoptar enfoques que tengan en cuenta la forma en que el pensamiento y la práctica institucionales y los intereses gremiales pueden impedir la capacidad de dar cabida genuinamente a modelos de atención que queden fuera de un modelo médico³⁸.

IV. Enfoques de las alternativas basados en los derechos: características definitorias, principios fundamentales y aplicación de un marco normativo

50. El Relator Especial ha recibido con frecuencia preguntas de proveedores de servicios principales, abogados, funcionarios judiciales y encargados de la formulación de políticas acerca de la manera de promover en la práctica sin coacción los derechos de las personas que se encuentran en las situaciones más vulnerables. “¿Cuál es la alternativa?” es una pregunta habitual en estos intercambios. Lo que parece estar en gran medida ausente de los debates mundiales y nacionales es la promesa de muchas alternativas que existen en todo el mundo, a menudo operando al margen de los sistemas de salud o totalmente fuera de ellos, que durante décadas han estado transformando vidas sin coacción y dentro de la comunidad.

51. El Relator Especial se ha interesado por muchas de esas “alternativas” y se ha reunido con alentadores innovadores que trabajan incansablemente y a menudo contra obstáculos sistémicos insuperables. Esta labor realizada entre pares, profesionales de la salud (incluidos psiquiatras progresistas), trabajadores sociales y defensores de los derechos humanos es digna de elogio por su convicción de trazar un rumbo que se aleja de la medicalización coercitiva y se dirige hacia un apoyo humano, compasivo y basado en los derechos para quienes sufren graves trastornos psíquicos. El Relator Especial expresa su solidaridad, gratitud y admiración por las numerosas personas que en todo el mundo trabajan y contribuyen cada día a que la comunidad mundial avance hacia la eliminación de las prácticas discriminatorias en la atención de la salud mental.

³⁷ Véase Human Rights Watch. “‘Fading away’: how aged care facilities in Australia chemically restrain older people with dementia” (2019).

³⁸ Véase Roberto Mezzina y otros, “The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda” en *Advances in Psychiatry*, Afzal Javed y Kostas N. Fountoulakis, eds. (Cham, Suiza, World Psychiatric Association/Springer Publishing, 2019).

A. Ampliación de las alternativas como obligación básica en el marco del derecho a la salud

52. El derecho a la salud contiene la obligación básica de garantizar el “derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados”³⁹. Aunque muchas personas han encontrado apoyo y curación en los servicios tradicionales de salud mental, para muchas otras no ha sido así. Debe considerarse que las personas que no han sido apropiadamente atendidas o que se han visto perjudicadas por los sistemas de salud mental (incluidas las personas que hacen frente a graves dificultades psicosociales, a menudo en la intersección de traumas o abusos o por ser jóvenes, pertenecer a una minoría étnica o racial o encontrarse en situaciones de pobreza) forman parte de un grupo vulnerable o marginado. Son los que más atrás se quedan debido a la ausencia o la inadecuación, biomédicamente dominante, de los sistemas de salud mental en diferentes entornos de recursos. Por consiguiente, los Estados tienen la obligación inmediata, en virtud del derecho a la salud, de adoptar medidas para garantizar la disponibilidad de servicios apropiados y aceptables y de apoyo basado en los derechos. Esto requiere la ampliación inmediata de las alternativas basadas en los derechos y no coercitivas.

53. El establecimiento de prioridades en torno a las denominadas afecciones mentales leves (comunes), que ha sido promovido por las instituciones financieras internacionales y los agentes mundiales de la salud, es insuficiente para cumplir las obligaciones básicas del derecho a la salud. El punto de partida de una transformación basada en los derechos debe consistir en abordar la situación de crisis de quienes se quedan atrapados en los sistemas de salud coercitivos y de quienes ingresan en los sistemas de salud mental con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial y que no pueden acceder al apoyo basado en la comunidad porque lamentablemente se sigue invirtiendo muy poco en esas alternativas y no están disponibles.

B. Modelos alternativos de servicios de salud mental como derechos humanos en la práctica: conceptos y principios clave del apoyo basado en los derechos

54. Esas prácticas alternativas con potencial transformador existen desde hace decenios y muchas de ellas han demostrado su eficacia. Adoptan muchas modalidades y formas, desde la encomiable labor mundial de la OMS con su iniciativa Calidad y Derechos para mejorar la calidad de la atención y los servicios de salud mental, hasta las reformas de los sistemas de salud a nivel comunitario en el Brasil e Italia, pasando por innovaciones muy localizadas en entornos con diferentes niveles de recursos de todo el mundo, como Soteria House, Open Dialogue, centros de apoyo entre pares, salas sin medicación, comunidades de recuperación y modelos de desarrollo comunitario⁴⁰. Una revolución silenciosa se ha producido en los barrios y comunidades de todo el mundo. En la base de estas alternativas se encuentra un profundo compromiso con los derechos humanos, la dignidad y las prácticas no coercitivas, todo lo cual sigue siendo un desafío difícil de superar en los sistemas tradicionales de salud mental que se basan fundamentalmente en un paradigma biomédico.

55. El hecho de que a estas innovaciones se las denomine “alternativas”, hace que paradójicamente sea más fácil ignorarlas, ya que no forman parte de los esfuerzos principales para transformar la salud mental. Sin embargo, esas alternativas son esenciales para la transformación que se requiere para apoyar el derecho a la salud mental a nivel mundial. Por ello, es necesario cambiar el lenguaje que se utiliza en relación con las alternativas y sustituirlo por “apoyos basados en los derechos”.

³⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 43.

⁴⁰ Piers Gooding y otros, *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: a Literature Review*, Melbourne Social Equity Institute, Universidad de Melbourne (2018); Peter Stastny y Peter Lehmann, editores, *Alternatives Beyond Psychiatry* (Berlín, Peter Lehmann Publishing, 2007).

56. El Relator Especial acoge con satisfacción los esfuerzos de la OMS por realizar un estudio preliminar para reunir información sobre las prácticas prometedoras que se alejan del marco biomédico tradicional. También se debería prestar atención a las crecientes redes, becas y plataformas internacionales que sirven como importantes salidas para extender el aprendizaje y las experiencias a una comunidad más amplia⁴¹. Es vital contar con más historias y experiencias que pongan de relieve esas innovaciones (y sus luchas) que se están produciendo. Eso extiende la comprensión de las soluciones médicas estándar a los problemas humanos. Mientras que muchos entienden sus desafíos a través de un lente médico, muchos otros no lo hacen así. Es fundamental crear espacio para una diversidad de enfoques y experiencias creativas dentro y fuera de los sistemas de salud mental existentes.

57. A medida que surgen estas innovaciones, es esencial establecer una línea de base para orientar y evaluar el cumplimiento del derecho a la salud, en particular a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Todavía hay muy poca literatura especializada dedicada a esta esfera operacional de la aplicación basada en los derechos y el Relator Especial pide a la comunidad internacional de donantes que apoye nuevas investigaciones sobre los derechos humanos, que son esenciales para orientar los esfuerzos mundiales, regionales y nacionales encaminados a aumentar el apoyo basado en los derechos y facilitar un cambio radical que se aleje de la coacción. Los principios clave que se exponen a continuación se basan en el derecho a la salud y se inspiran en los principios de la Convención. Deben considerarse una contribución menor a los marcos basados en los derechos que tienen por objeto fomentar los esfuerzos que orientarán las prácticas transformadoras basadas en los derechos dentro de los sistemas de salud mental existentes y fuera de ellos.

C. Principios clave

Dignidad y autonomía

58. En el centro del apoyo basado en los derechos se encuentran la dignidad y el bienestar de las personas que acceden a los servicios y los utilizan. Se debe facultar a las personas, mediante un apoyo adecuado si es necesario, para que tomen decisiones independientes e informadas sobre sus vidas, incluida la atención de la salud mental.

Inclusión social

59. Asegurar las conexiones interpersonales, comunitarias y más amplias con la sociedad es un determinante psicosocial esencial de la salud mental y es vital para la promoción y protección del derecho a la salud mental, entre otros en el ámbito de la intervención. La exclusión social es una experiencia universal para las personas con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial, que simboliza un obstáculo fundamental para la recuperación y el pleno disfrute de su derecho a la salud mental. La exclusión surge de factores estructurales discriminatorios, entre ellos la legislación perjudicial en materia de salud mental, las culturas de atención institucional y segregada y las asimetrías de poder inherentes en la política y la práctica clínica que debilita activamente a los usuarios de los servicios al considerarlos receptores pasivos de la atención en lugar de titulares activos de los derechos.

Participación

60. Todas las personas tienen derecho a una participación activa e informada en las cuestiones relacionadas con su salud mental, incluso a nivel de los servicios de atención y apoyo. La participación significativa de los pares para apoyar a las personas que acceden a los servicios es un componente fundamental del apoyo basado en los derechos. Para muchos, ser “escuchados” es fundamental para la curación en las crisis y requiere un apoyo

⁴¹ Véanse, por ejemplo, International Network towards Alternatives and Recovery, Mad in America, Bapu Trust Seher community mental health and inclusion program and Shaping Our Lives: a national network of service users and disabled people.

basado en los derechos que asegure que se desarrollen y estén disponibles métodos y redes de comunicación diversos y multifacéticos.

Igualdad y no discriminación

61. Toda persona, independientemente de su diagnóstico, las voces que escuche, las sustancias que consuma, su raza, nacionalidad, género, orientación sexual o identidad de género, o cualquier otra condición, tiene garantizado el derecho a la no discriminación en el acceso a la atención y el apoyo a su salud mental. Sin embargo, la discriminación *de iure* y *de facto* sigue influyendo en los servicios de salud mental, privando a los usuarios de diversos derechos, entre ellos el derecho a negarse a recibir tratamiento, a la capacidad jurídica y a la intimidad, y otros derechos civiles y políticos.

62. Respetar la amplia diversidad de la forma en que los seres humanos procesan y experimentan la vida, incluido su malestar psíquico, es fundamental para poner fin a la discriminación y facilitar la equidad en la prestación de servicios de salud mental. La obligación de respetar la diversidad requiere establecer un conjunto diverso de opciones para las personas que buscan atención y apoyo. Los modelos de atención “válidos para todos” (a falta de alternativas), en particular los que favorecen un relato biomédico rígido de la angustia psicosocial, no se consideran conformes con el derecho a la salud. Las iniciativas dirigidas por los pares, los enfoques de reducción de los daños y los modelos de atención y apoyo coproducidos ofrecen muchas posibilidades de facilitar alternativas terapéuticas flexibles, no discriminatorias y respetuosas.

Diversidad de la atención: respuestas aceptables y de calidad

63. Además de la obligación de que las alternativas basadas en los derechos estén disponibles en número suficiente y sean accesibles, también deben ser aceptables y de calidad suficiente.

64. Las relaciones terapéuticas aceptables y de alta calidad entre los proveedores y los usuarios de los servicios deben basarse en el respeto y la confianza mutuos. Sin embargo, en la legislación y en las prácticas clínicas modernas de salud mental en todo el mundo persisten tendencias que todavía permiten la proliferación de medidas no consensuadas. La coacción erosiona la confianza en los servicios de salud mental y no puede considerarse que se ajuste al enfoque basado en los derechos.

65. Todo apoyo basado en los derechos debe ser respetuoso de la ética médica, así como culturalmente apropiado, sensible a los requisitos de género y el ciclo de vida y concebido para respetar la confidencialidad y facultar a las personas para controlar su salud y bienestar⁴². Debe respetar los principios de ética médica (incluido el principio “lo primero es no hacer daño”), la elección, el control, la autonomía, la voluntad, la preferencia y la dignidad⁴³. La excesiva dependencia de las intervenciones farmacológicas y el uso de la atención institucional es incompatible con la prestación de atención de calidad.

66. Los apoyos de calidad y basados en los derechos requieren el uso de prácticas basadas en pruebas para el tratamiento y la recuperación, en particular mediante la continuidad de la atención. La colaboración eficaz entre los diferentes proveedores de servicios y las personas que utilizan los servicios, así como sus familias y cuidadores, también contribuye a mejorar la calidad de la atención. El abuso de las intervenciones biomédicas, incluido el uso inapropiado o la prescripción excesiva de medicamentos psicotrópicos y el uso de la coacción y los internamientos forzosos, pone en riesgo el derecho a una atención de calidad.

Determinantes sociales y psicosociales subyacentes de la salud mental

67. Los Estados deben facilitar, proporcionar y promover condiciones que permitan lograr la salud y el bienestar mental; ello requiere intervenciones que puedan proteger a las poblaciones de los principales factores de riesgo de una mala salud mental. Para ello es

⁴² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 12 c).

⁴³ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, preámbulo y artículos 12, 15 y 19.

necesario actuar fuera del sector sanitario tradicional, en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades. También requiere que el enfoque terapéutico (junto con los esfuerzos estructurales de los garantes de derechos) se extienda más allá de lo individual para llegar a la curación social, el fortalecimiento de la comunidad y la promoción de una sociedad sana. El apoyo basado en los derechos debe adoptar ese espíritu a nivel de la intervención. Es fundamental asegurar que las necesidades sociales, psicosociales y materiales inmediatas se conviertan en componentes centrales del apoyo a la recuperación.

D. Rendición de cuentas para la transformación de los sistemas

68. La rendición de cuentas es un principio normativo básico para apoyar la aplicación basada en los derechos, pero por el momento no ha logrado materializar su potencial emancipador y transformador en la esfera de la salud mental. En lugar de responsabilizar a los garantes de derechos de los fallos sistémicos, la labor de muchos mecanismos de rendición de cuentas en los planos mundial y nacional, incluidos los mecanismos de vigilancia, las instituciones nacionales de derechos humanos y los órganos de vigilancia de los tratados, ha servido al propósito transversal de mantener (aunque con mejoras) los sistemas de salud mental existentes sin prestar una atención significativa a la atroz ausencia de alternativas. El Relator Especial pide a los Estados, a la sociedad civil y a la diversidad de agentes de rendición de cuentas que se esfuercen por mejorar este paradójico dilema: cómo garantizar que quienes son atendidos en los servicios de salud mental existentes puedan vivir en condiciones humanas, y al mismo tiempo hacer valer enérgicamente los argumentos jurídicos en favor de una reforma a gran escala de los sistemas y una transformación de la comunidad.

69. Para que esos principios y conceptos clave sean operativos en la práctica, es preciso destilar en el nivel de la intervención un conjunto de elementos críticos y prácticos, es decir, ingredientes esenciales basados en los derechos. También deben señalarse los recientes esfuerzos por dar este paso decisivo, gracias a los cuales se han desarrollado elementos clave basados en los derechos para responder a las crisis como una labor fundamental que las comunidades y los interesados locales pueden aprovechar⁴⁴.

V. Amenazas mundiales y tendencias futuras

A. Incorporación del derecho a la salud mental en todos los contextos mundiales

70. La desatención en el mundo de la salud mental es totalmente contraria al derecho al más alto nivel posible de salud, así como al compromiso del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de promover la salud y el bienestar mentales. El grave abandono de la atención de la salud mental y los modelos inapropiados de atención que persisten en muchos países, basados en instituciones psiquiátricas segregadas que proveen servicios estigmatizantes y poco respetuosos de los derechos humanos, han suscitado con razón críticas de la comunidad de derechos humanos. Sin embargo, a menudo se han descuidado contextos más amplios y movimientos sociales que son vitales para la salud mental; sin la integración de un programa de salud mental basado en los derechos en esas comunidades de activistas, el derecho a la salud no se puede hacer efectivo. La solidaridad, el activismo colectivo y los compromisos compartidos para responder a los desafíos mundiales son un poderoso medio para hacer frente a la impotencia y la indefensión, crear resiliencia (y resistencia) y promover el bienestar. Hacer que sus voces colectivas sean escuchadas es un potente antídoto contra las asimetrías de poder y la injusticia. Los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la protección y el florecimiento de este espacio cívico como indicador clave del cumplimiento del derecho a la salud.

⁴⁴ Véase Peter Stastny y otros, “Critical elements of rights-based community supports for individuals experiencing significant emotional distress: foundations and practices”.

B. Cambio climático

71. A medida que el cambio climático se intensifica, sus efectos destructivos sobre el derecho a la salud, y sobre el medio ambiente y los derechos humanos en general, se están sintiendo en todo el mundo. Los grupos que ya se encuentran en situaciones de marginación, entre ellos los pueblos indígenas, los niños, las personas de edad, las mujeres, las personas en situación de pobreza, los migrantes y las personas con problemas de salud preexistentes son los que corren mayor riesgo a causa del cambio climático, que amenaza con exacerbar las desigualdades dentro de los países y entre ellos. Los cambios medioambientales graves tienen efectos profundos en los determinantes sociales y ambientales subyacentes del derecho a la salud, como el aire limpio, el agua potable, la vivienda y la alimentación adecuadas, la seguridad económica, las relaciones sociales y la vida comunitaria.

72. Las consecuencias para la salud física del cambio climático están bien documentadas desde hace tiempo. En cambio, los efectos sobre el derecho a la salud mental se han comprendido mejor en los últimos años⁴⁵. La comprensión emocional y existencial de la magnitud del problema climático y las respuestas a menudo escandalosamente limitadas se experimentan cada vez más, en particular por parte de los niños y los jóvenes. La mortalidad, debido a las olas de calor y al cambio climático, afecta de manera desproporcionada a las personas que están institucionalizadas.

73. La importancia del entorno natural para las relaciones sociales y la vida comunitaria está consagrada en las constituciones de muchos países. La relación inextricable entre la salud y el cambio climático se reconoce en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. En el Acuerdo de París se exhortó a los Estados a que promovieran y consideraran el derecho a la salud en sus medidas de mitigación y adaptación al cambio climático. De hecho, un enfoque basado en los derechos, centrado en la salud mental, puede fortalecer las respuestas al clima, fortificar las relaciones comunitarias y el activismo ciudadano, y mejorar la sostenibilidad y el bienestar.

74. Es necesario seguir trabajando para comprender cómo las amenazas al medio ambiente y la falta de compromiso humano con el mundo natural pueden contribuir a la posterior descomposición de los “ecosistemas humanos” con la pérdida de recursos sociales y culturales y el daño a la vida comunitaria. El hecho de poder vivir con preocupación por el mundo natural y en relación con él satisface las necesidades psicológicas de “relación con la naturaleza” y se asocia con resultados positivos en cuanto a la atención, la ira, la fatiga y la tristeza, niveles más altos de bienestar y niveles más bajos de estrés fisiológico⁴⁶. Las relaciones saludables y no violentas incluyen no solo las relaciones humanas y sus grupos pequeños y grandes, sino también la relación entre la humanidad y la naturaleza. El cambio climático amenaza esa preciosa relación y debe recibir una atención más urgente.

75. También debería prestarse mayor atención al derecho a la salud mental en el contexto de las estrategias de adaptación. Cuando se produzcan fenómenos meteorológicos graves, los Estados deben proporcionar, de manera individual y en el marco de la asistencia y la cooperación internacionales, acceso puntual a un apoyo de alta calidad y basado en los derechos que responda a las necesidades particulares de las personas afectadas por los fenómenos meteorológicos graves y que se integre en los servicios existentes de atención primaria, general y social. Los Estados deben adoptar medidas urgentes para restaurar y proteger los espacios verdes existentes a fin de apoyar las conexiones de la comunidad con la naturaleza, explorar el uso creativo del medio ambiente como forma de establecer relaciones, entre otros con el mundo natural, y facilitar la curación individual y

⁴⁵ Véase Katie Hayes y otros, “Climate change and mental health: risks, impacts and priority actions”, *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 12, núm. 28 (2018).

⁴⁶ Véase Daniel E. Baxter y Luc G. Pelletier, “Is nature relatedness a basic human psychological need? A critical examination of the extant literature”, *Canadian Psychology*, vol. 60, núm. 1 (febrero de 2019).

comunitaria⁴⁷. Esas medidas pueden catalizar la acción comunitaria para que haya un activismo más amplio en favor de la justicia climática a través de las generaciones, fomentando una ampliación de las alianzas para la comunidad de derechos relacionados con la discapacidad y unificando los movimientos mediante la sostenibilidad y la resiliencia.

C. Vigilancia digital

76. Los avances en la tecnología digital están transformando la capacidad de los Estados, de las grandes empresas tecnológicas mundiales, como Google, Facebook, Apple y Amazon, y de las entidades privadas para llevar a cabo la vigilancia de poblaciones enteras en un grado sin precedentes. Al vincular cantidades masivas de datos reunidos de diversas fuentes, como las cámaras instaladas en las calles (con programas informáticos de reconocimiento facial), los datos administrativos de los organismos gubernamentales, los bancos, los comerciantes minoristas, las búsquedas en Internet y los medios de comunicación social, se puede recopilar y analizar información personal detallada sin el permiso o el conocimiento de la persona. Esa información puede utilizarse luego para clasificar a una persona con fines comerciales, políticos o de vigilancia adicional.

77. Hay múltiples formas en que ese grado de vigilancia no transparente, llevada a cabo por agentes estatales o no estatales, puede ser perjudicial para la salud mental de las personas y para el quebrantamiento de la confianza en la sociedad y entre las personas y el Estado. Por ejemplo, las bases de datos de propiedad estatal se han vinculado y se han utilizado para clasificar a las personas como “en riesgo” de reclamar prestaciones ilegalmente o de convertirse en delincuentes. Esos sistemas pueden tener un efecto desmoralizador en toda una comunidad debido a su falta de transparencia, y la dificultad de lograr una reparación si se cometen errores de identificación o de suposición hace que todas las personas sean vulnerables a sus determinaciones.

78. Cuando se combinan múltiples fuentes de datos para clasificar o puntuar a las personas en la sociedad⁴⁸ con una infraestructura y unos algoritmos desconocidos que impulsan la puntuación, las personas tienen cada vez más miedo de participar en la sociedad, al no saber quién les está puntuando ni cómo. Como resultado, su derecho a la libertad puede verse restringido, las relaciones sociales se ven perjudicadas y las personas no pueden cuestionar las puntuaciones que se les atribuyen. Esa influencia en los derechos civiles tiene necesariamente un impacto en el acceso y el disfrute de los derechos sociales. Las consecuencias para la salud y el bienestar mentales, en particular la forma en que pueden afectar a la relación de la comunidad global con el Estado y con los demás, son profundas y requieren una investigación y un examen urgentes. Los Estados y los agentes no estatales tienen obligaciones de derechos humanos en cuanto a la protección del derecho a la salud, incluida la salud mental, y la vigilancia omnipresente, posibilitada por los macrodatos, es una erosión fundamental de ese derecho.

D. La enfermedad por coronavirus (COVID-19) y sus efectos en la salud mental

79. En el momento de redactar el presente informe, el mundo se enfrenta a una nueva amenaza mundial para la salud pública: la pandemia de la COVID-19, que se está abordando mediante esfuerzos concertados de los Estados y otros interesados. Las medidas para contener la propagación del virus han incluido numerosas restricciones de ciertos derechos y libertades. Todavía no se han explorado plenamente las repercusiones de la pandemia, sus efectos y medidas. Sin embargo, se prevén importantes retos y oportunidades relacionados con la salud mental, que ahora deberían tenerse en cuenta.

⁴⁷ Véase Jules Pretty y otros, “Improving health and well-being independently of GDP: dividends of greener and prosocial economies”, *International Journal of Environmental Health Research*, vol. 26, núm. 1 (2016).

⁴⁸ Véase Rogier Creemers, “China’s social credit system: an evolving practice of control”, SSRN (22 de mayo de 2018).

VI. Conclusiones y recomendaciones

80. No hay salud sin salud mental y no hay buena salud y bienestar mentales sin adoptar un enfoque basado en los derechos humanos. Existe una necesidad urgente de invertir más en la salud mental. Sin embargo, el dinero no debería ser lo más valorado en los debates sobre la salud mundial en general y sobre la salud mental en particular. Hay un valor inherente y universal en el apoyo a la dignidad y el bienestar; además, es un imperativo de derechos humanos.

81. Las dos primeras décadas del nuevo milenio trajeron muchos cambios prometedores en el campo de la salud mental. La promoción de la buena salud mental se incluyó en Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y ha habido iniciativas mundiales extraordinarias para hacer avanzar todos los elementos de la salud mental mundial: la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la recuperación.

82. Sin embargo, a pesar de las tendencias prometedoras, sigue habiendo una inacción mundial respecto del *statu quo* para hacer frente a las vulneraciones de los derechos humanos en los sistemas de atención de la salud mental. Este mantenimiento del *statu quo*, que refuerza un círculo vicioso de discriminación, desempoderamiento, coerción, exclusión social e injusticia, es inaceptable. Hay un cambio de tendencia en todo el mundo en cuanto a la forma en que se considera la angustia, el tratamiento y el apoyo de manera más amplia, que va mucho más allá de la comprensión biomédica de la salud mental. El *statu quo* mundial, sus instituciones y sus guardianes se están quedando muy atrás a medida que continúa fracturándose el consenso sobre cómo trazar la transformación que se avecina. El mantenimiento del *statu quo* ya no es políticamente viable, ni cumple con los derechos humanos.

83. El llamamiento para cerrar la brecha terapéutica se centra en gran medida en la “carga mundial de los trastornos mentales”, que se produce a expensas de los derechos humanos⁴⁹. Ese desequilibrio sistémico da lugar a incentivos ineficaces y a efectos sistémicos perjudiciales, lo que también socava la obligación ética de “no hacer daño”. El principal obstáculo para la efectividad del derecho a la salud mental no reside en las personas y su carga global de trastornos mentales, sino más bien en la carga estructural, política y global de obstáculos que producen los arcaicos y descompuestos sistemas de salud mental.

84. Esos obstáculos, las asimetrías de poder en la atención de la salud mental, el predominio del modelo biomédico y el uso sesgado de los conocimientos, deben abordarse mediante cambios en las leyes, las políticas y las prácticas. En particular, el predominio de la medicalización en las reformas de las políticas, tanto en las existentes como incluso en algunas “progresistas”, sigue enmascarando injusticias sociales más amplias que deben ser enfrentadas y abordadas por la comunidad mundial. Los movimientos de usuarios de servicios, de personas con discapacidad psicosocial, de dementes, de personas que oyen voces, que son titulares de derechos en toda su diversidad, deben estar a la vanguardia de los esfuerzos en favor de un cambio basado en los derechos. La ampliación del apoyo basado en los derechos dentro y fuera de los sistemas de salud mental existentes es muy prometedora para los cambios que se necesitan.

85. Hay una causa común en este mundo que cambia rápidamente. Se están produciendo importantes cambios mundiales y la crisis de la salud mental mundial tiene conexiones comunes en otras esferas del activismo en materia de derechos humanos. El autoritarismo, el neoliberalismo en su última etapa, el cambio climático, el paternalismo y el auge de los macrodatos son todos ellos riesgos presentes para el disfrute de los derechos humanos y una oportunidad para colaborar de manera

⁴⁹ Véase OMS, “Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país”, EB130/9 (1 de diciembre de 2011).

solidaria a fin de repensar y reformar las estructuras sociales, económicas y políticas para asegurar un futuro sostenible, pacífico, justo e inclusivo.

86. El Relator Especial recomienda que los Estados:

a) Adopten las medidas legislativas, de política y de otra índole que sean necesarias para aplicar plenamente un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos, con la participación inclusiva de quienes tienen experiencia a ese respecto;

b) Inviertan en investigaciones basadas en los derechos en esta esfera para apoyar esas medidas e integrar mejor conceptualmente la aplicación y los esfuerzos sobre el terreno en favor de la reforma;

c) Integren las pruebas de salud pública, la experiencia vivida y las investigaciones basadas en los derechos para orientar la adopción de decisiones sobre las estrategias de políticas públicas mundiales y nacionales. Esto debería incluir conceder prioridad a un cambio de rumbo de la medicalización en el desarrollo de la salud mental, la justicia penal y las reformas relacionadas con el bienestar público;

d) Adopten medidas inmediatas para aplicar las recomendaciones formuladas en las resoluciones 32/18 y 36/13 del Consejo de Derechos Humanos sobre la salud mental y los derechos humanos;

e) Promuevan la salud mental aumentando el apoyo financiero a programas sostenibles y transversales que reduzcan la pobreza, las desigualdades, la discriminación por todos los motivos y la violencia en todos los entornos, de modo que se aborden eficazmente los principales determinantes de la salud mental;

f) Inviertan en servicios de salud mental que tengan en cuenta las necesidades de los niños y los adolescentes, centrados en la familia y basados en la comunidad, y evitar los incentivos financieros y de otro tipo que fomentan el internamiento en instituciones, la exclusión social y el uso excesivo de medicamentos psicotrópicos;

g) Promuevan los principios de un envejecimiento saludable y el respeto de los derechos de las personas de edad a vivir en la comunidad, y establecer medidas, incluido el fortalecimiento de la fuerza de trabajo, para poner fin al diagnóstico excesivo y al uso excesivo de medicamentos psicotrópicos.

87. El Relator Especial recomienda que las organizaciones que representan a la profesión psiquiátrica, incluidas la medicina y la psiquiatría académicas:

a) Establezcan firmemente los derechos humanos y la justicia social como valores fundamentales al promover las intervenciones en materia de salud mental;

b) Modernicen la educación médica e integran la salud mental y los derechos humanos en la educación y la investigación médicas, prestando especial atención a la necesidad de reducir radicalmente la coacción, la medicalización excesiva, la institucionalización, todas las formas de discriminación contra las personas con problemas de salud mental y otras vulneraciones de los derechos humanos;

c) Pongan fin al rechazo de las iniciativas de apoyo alternativas basadas en los derechos que no son coercitivas y generar más diálogo sobre cómo pueden ser también parte del cambio.

88. El Relator Especial recomienda que la Organización Mundial de la Salud colabore con los Estados mediante la cooperación y la asistencia internacionales para dar prioridad al siguiente conjunto de estrategias basadas en los derechos:

a) Apoyar la elaboración de principios y prácticas óptimas para aplicar un enfoque basado en los derechos en las políticas y servicios de salud mental;

b) Ofrecer apoyo para la reforma de las leyes y las prácticas discriminatorias en materia de salud mental, entre otras cosas mediante una ampliación de la iniciativa Calidad y Derechos;

c) **Revisar la actual lista de medicamentos esenciales para la salud mental (núms. 24.1 a 24.4), con miras a eliminar aquellos para los que no hay pruebas de un perfil adecuado de riesgo/beneficio;**

d) **Apoyar la elaboración de una nueva lista holística de intervenciones esenciales psicosociales y comunitarias que estén fundamentadas en pruebas, apoyadas y desarrolladas por principios participativos y basados en los derechos y que puedan orientar más adecuadamente a los Estados hacia el pleno cumplimiento del derecho a la salud;**

e) **Garantizar la coherencia de las medidas en materia de derechos humanos en toda la amplia cartera de trabajo de la OMS para garantizar que los principios y valores de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el derecho a la salud consagrados en la Constitución de la OMS sustenten y orienten toda la labor de asistencia técnica, incluida la elaboración de normas, mediciones y directrices mundiales sobre salud mental.**
