



Asamblea General

Distr. general
24 de julio de 2018
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

39º período de sesiones

10 a 28 de septiembre de 2018

Temas 2 y 3 de la agenda

Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General

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

Salud mental y derechos humanos

Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*

Resumen

De conformidad con la resolución 36/13 del Consejo de Derechos Humanos, los días 14 y 15 de mayo de 2018 se celebró en Ginebra una consulta sobre los derechos humanos y la salud mental. Los participantes examinaron el tema de la salud mental como una cuestión de derechos humanos y convinieron en que se podía mejorar la situación mediante el establecimiento de estrategias sistémicas y de servicios basados en los derechos humanos a fin de combatir la discriminación, el estigma, la violencia, la coacción y los abusos. El presente informe contiene un resumen de los debates, así como las conclusiones y recomendaciones de la consulta.

* El anexo se reproduce como se recibió, en el idioma en que se presentó únicamente



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Apertura de alto nivel	3
III. Resumen de las deliberaciones	5
A. Marco general: la salud mental como una cuestión de derechos humanos	5
B. La mejora de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental mediante estrategias sistémicas	7
C. Apoyo y servicios basados en los derechos humanos para mejorar el disfrute de los derechos humanos en el contexto de la salud mental	10
D. La mejora de las prácticas de lucha contra la discriminación, el estigma, la violencia, la coacción y los abusos	12
IV. Conclusiones y recomendaciones	15
Anexo	
I. List of participants	19

I. Introducción

1. El Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 36/13, solicitó al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que organizara una consulta a fin de debatir todas las cuestiones y problemas pertinentes en relación con el logro de una perspectiva de derechos humanos respecto de la salud mental, el intercambio de mejores prácticas y la aplicación de orientaciones técnicas al respecto.

2. La consulta tuvo lugar los días 14 y 15 de mayo de 2018 y contó con la participación de una amplia gama de interesados, entre ellos Estados Miembros, organismos, fondos y programas y procedimientos especiales de las Naciones Unidas y miembros de la sociedad civil, incluidas personas que utilizan los servicios de salud mental, personas con problemas de salud mental, personas con discapacidad psicosocial y organizaciones representantes de esos grupos de personas. Los participantes examinaron el tema de la salud mental como una cuestión de derechos humanos y la forma de promover los derechos humanos mediante el establecimiento de estrategias sistémicas y la prestación de apoyo y servicios basados en los derechos humanos, así como el intercambio de buenas prácticas para combatir la discriminación, el estigma, la violencia, la coacción y los abusos en el contexto de la salud mental.

II. Apertura de alto nivel

3. El Presidente del Consejo de Derechos Humanos, Vojislav Šuc, presentó el objetivo de la consulta, que consistía en examinar los problemas relativos al respeto de los derechos humanos en la salud mental y el intercambio de buenas prácticas. Dio las gracias a Portugal y al Brasil por su liderazgo en la organización de la consulta y expresó su agradecimiento a la sociedad civil, en particular a las personas que utilizan los servicios de salud mental, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial, por su valiosa participación.

4. La Presidenta de la Asociación de Salud Mental de Indonesia, Yeni Rosa Damayanti, subrayó que el debate sobre la salud mental y los derechos humanos debía girar en torno a la integración de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, lo cual trascendía el enfoque tradicional de la salud mental centrado exclusivamente en el tratamiento. Enumeró una serie de obstáculos a los que se enfrentaban las personas, tanto en los países del Sur como en los del Norte, para acceder a la vivienda, el empleo, la protección social y el derecho a la participación política. Esos obstáculos se veían agravados por el estigma y la discriminación plasmados en las leyes y políticas y reflejados en las actitudes de las autoridades, los empleadores y el público en general. Subrayó que la respuesta actual y la creciente tendencia en todo el mundo a la medicación y el internamiento daban lugar a vulneraciones adicionales, exacerbadas por la pérdida de la capacidad jurídica, y, en última instancia, hacían que las personas con discapacidad psicosocial se quedaran todavía más rezagadas. Expresó alarma ante el proceso que se estaba llevando a cabo en el Consejo de Europa para la redacción de un protocolo adicional al Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo) mediante el que se legitimaría el tratamiento involuntario de las personas con discapacidad psicosocial, lo que contravenía la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y representaba un distanciamiento deliberado de los progresos realizados para garantizar el respeto de los derechos humanos en la salud mental, como la puesta en marcha de la iniciativa QualityRights (Calidad y Derechos) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Destacó la importancia de que las propias personas con discapacidad psicosocial, y las organizaciones que las representan, participaran y dieran su opinión en los debates, y apuntó: “Nunca más se nos debería excluir de ningún debate sobre salud mental”.

5. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Zeid Ra'ad Al Hussein, afirmó que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud era esencial para la dignidad humana, y que no había salud sin salud mental. Sin embargo, persistían estereotipos nocivos que repercutían en la participación y la inclusión de las

personas con problemas de salud mental reales o supuestos, y podían conducir al internamiento arbitrario en instituciones en las que se solían emplear prácticas coercitivas y abusivas que podían equivaler a tortura. Condenó el internamiento de los niños y los adultos con discapacidad, que consideraba una respuesta inadecuada a todos los niveles, y pidió que se eliminaran prácticas como el tratamiento forzoso, en particular la medicación forzosa, la terapia electroconvulsiva forzosa, el internamiento forzoso y la segregación. Instó a los Estados a que, en lugar de recurrir a esas prácticas, velaran por proporcionar acceso a una serie de servicios de apoyo en la comunidad, como el apoyo entre pares, y recordó a los participantes que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ofrecía un marco jurídico para defender los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, en particular el ejercicio de la capacidad jurídica, el consentimiento libre e informado, el derecho a vivir en la comunidad y ser incluido en ella y el derecho a la libertad y a la seguridad, sin discriminación. Acogió con satisfacción la participación de los titulares de derechos, que aportaban su experiencia real, y pidió que se apoyara en mayor medida el marco proporcionado por la Convención, que ya había propiciado cambios dirigidos al restablecimiento del respeto de la autonomía, las elecciones y los derechos de las personas con discapacidad psicosocial.

6. El Director General de la Organización Internacional del Trabajo, Guy Ryder, expresó la determinación de su organización de sumarse a los esfuerzos colectivos por promover el bienestar mental y el derecho al trabajo de las personas con problemas de salud mental. Señaló que existían estereotipos y discriminación en el entorno laboral debido a la falta de concienciación de los empleadores y agentes de contratación, que daba lugar a la exclusión del empleo y a tasas inferiores de participación en el mercado laboral. Describió la labor que llevaba a cabo la Organización Internacional del Trabajo en colaboración con los Estados Miembros y las empresas para identificar buenas prácticas que favorecieran un entorno de trabajo más inclusivo, en particular mediante la realización de ajustes razonables. Anunció que la Conferencia Internacional del Trabajo negociaría un nuevo instrumento contra la violencia, la estigmatización, la discriminación y el acoso en el trabajo.

7. Una Subdirectora General de la OMS, la Dra. Svetlana Akselrod, subrayó la importancia de conceder prioridad, en los debates, a las voces de las personas con experiencia real. En relación con la Constitución de la OMS, en la que se hacía referencia a la salud mental, reconoció que se había avanzado poco en la promoción de la salud mental como un derecho humano. Afirmó que las personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial carecían de acceso a servicios de calidad en los que se respetaran sus derechos y su dignidad, y se enfrentaban a marginación, solían ser internadas y tenían más probabilidades que la población general de morir prematuramente. Destacó que la Asamblea Mundial de la Salud había aprobado un plan de acción sobre salud mental basado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales de derechos humanos. Aludió a la iniciativa QualityRights, que había dado lugar a un importante cambio respecto a la sensibilización de los profesionales de salud mental sobre los derechos humanos, a una disminución de la violencia y los abusos y a un mayor empoderamiento de las personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial.

8. El Representante Permanente de Portugal ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra, Pedro Nuno Bártolo, destacó que la salud mental representaba una importante frontera en la esfera de los derechos humanos, y acogió con satisfacción la naturaleza transformadora de la resolución 36/13 del Consejo de Derechos Humanos, relativa a la salud mental y los derechos humanos, que reflejaba las responsabilidades individuales de los Estados dentro de sus sociedades, así como la responsabilidad colectiva de defender los principios de la humanidad, la dignidad y la igualdad a nivel mundial. La resolución marcaba un nuevo rumbo, alejándose de la perpetuación de las vulneraciones cometidas mediante el internamiento arbitrario, la exclusión y la segregación y avanzando hacia un enfoque basado en los derechos humanos. Se requerían esfuerzos de colaboración para combatir la discriminación, el estigma, la violencia, los abusos, la tortura y los castigos o tratos degradantes que seguían sufriendo las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial. Puso de relieve el apoyo que prestaba el sistema de las Naciones Unidas, en particular la Oficina

del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la OMS, por ejemplo, a través de la iniciativa QualityRights de esta última, así como la labor de los tres relatores especiales que formaban parte del panel, y reafirmó el nuevo enfoque de la salud mental, basado en los derechos humanos. Señaló que los problemas de salud mental eran algo que podía afectar a cualquiera y, sin embargo, seguía habiendo un gran estigma asociado a ellos. Concluyó recordando la regla de oro de todas las civilizaciones: trata a los demás como querías que te trataran a ti, y no hagas a los demás lo que no quieras que te hagan a ti.

9. La Representante Permanente del Brasil ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra, Maria Nazareth Farani Azevêdo, esperaba que la consulta sirviera para movilizar esfuerzos dirigidos a armonizar las políticas y prácticas de salud mental con el derecho de los derechos humanos. Afirmó que el derecho a la salud física y mental entrañaba obligaciones negativas y positivas, como la cobertura sanitaria universal, y la aprobación de leyes, políticas, prácticas y respuestas no discriminatorias para afianzar los determinantes sociales de la salud. Recordó que el Brasil, Portugal y la OMS habían venido asociándose a través de distintas iniciativas para promover la salud mental como una prioridad en materia de derechos humanos respecto de las personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial.

10. Durante el diálogo interactivo hicieron uso de la palabra representantes de la Unión Europea, el Brasil, en nombre de la Iniciativa sobre Política Exterior y Salud Mundial, Colombia, el Ecuador, Australia, el Estado Plurinacional de Bolivia, la Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría, Disability Rights International, la Alianza Internacional de la Discapacidad, y la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. El Brasil pidió que se concertaran esfuerzos para apoyar un cambio de paradigma con miras a poner fin a la coerción y la exclusión. Colombia, Australia y Disability Rights International pusieron de relieve la necesidad de tener en cuenta las identidades interseccionales de las personas, que acrecentaban las desventajas y la discriminación a las que se enfrentaban las mujeres y las niñas, los niños, las personas de edad, las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, los pueblos indígenas, las personas con bajos ingresos o que viven en la pobreza y las que viven en comunidades rurales. El Estado Plurinacional de Bolivia planteó que se podían derivar nuevas formas de concebir y promover la salud de los conocimientos y valores tradicionales de los pueblos indígenas a fin de fortalecer la armonía de la persona dentro de la familia y la comunidad. La representante de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa señaló que la Asamblea, al igual que otros órganos destacados de derechos humanos, seguía oponiéndose a la redacción del protocolo adicional al Convenio de Oviedo relativo a “la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales con respecto al internamiento y el tratamiento involuntarios”. Pidió que se retirara, ya que era contrario a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y tanto la Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría como la Alianza Internacional de la Discapacidad apoyaron esta propuesta. La Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría alertó contra toda iniciativa de reforma que reforzara el *statu quo* al continuar situando en el centro la psiquiatría y el sistema de salud mental, y destacaron la necesidad de adoptar un enfoque que restaurara las voces y los derechos de las personas con discapacidad psicosocial y se centrara en ellos.

III. Resumen de las deliberaciones

A. Marco general: la salud mental como una cuestión de derechos humanos

11. El panel, integrado por tres relatores especiales, una representante de Transforming Communities for Inclusion-Asia y una representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), abordó la cuestión de los atentados contra los derechos humanos cometidos en centros de salud mental, que iban de la discriminación y la estigmatización a la medicalización excesiva y el uso de la fuerza. Todos los oradores pidieron que se abolieran esas prácticas y convinieron en que el derecho a la salud mental solo podía

promoverse en entornos propicios y favorables en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo o los centros de atención de la salud en los que se atendiera a los factores determinantes básicos de la salud, como la pobreza, la discriminación, la exclusión social y la violencia, que afectaban de manera desproporcionada a las personas con discapacidad. Todos los oradores subrayaron que las personas que utilizan los servicios de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial, incluidos los niños, las mujeres y las personas que viven en la pobreza o pertenecen a otros grupos marginados, debían ser los interlocutores principales en los debates acerca de sus derechos, y que los Estados tenían la obligación de tener en cuenta sus opiniones respecto de todos los asuntos que les afectaban directa o indirectamente, incluido el desarrollo de los servicios de salud mental.

12. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el Dr. Dainius Pūras, denunció la estigmatización, la medicalización excesiva y el uso de la fuerza generalizados, que daban lugar a violaciones de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial en todo el mundo. Señaló que las marcadas asimetrías de poder, el predominio del modelo biomédico y el uso sesgado del conocimiento, en el contexto de la psiquiatría y la salud mental, constituían obstáculos para el ejercicio efectivo de los derechos. Afirmó que el *statu quo* era sustentado por los conceptos de peligrosidad y de necesidad médica de “curar un trastorno”, los cuales no estaban respaldados por pruebas actuales y seguían justificando el uso de medidas no consensuadas “de manera excepcional”.

13. La Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas Aguilar, convino en que la coerción y la exclusión se habían convertido en la norma en la mayoría de los sistemas de salud mental, particularmente en los países desarrollados, y observó que las intervenciones no voluntarias, como la terapia electroconvulsiva, la psicocirugía, la esterilización forzada y otros tratamientos invasivos, dolorosos e irreversibles, seguían estando permitidas, en contravención de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. A ese respecto, expresó su oposición a la iniciativa del Consejo de Europa de elaborar un protocolo adicional al Convenio de Oviedo que podría servir para legitimar esas prácticas coercitivas, y exhortó a los Estados miembros del Consejo de Europa a que lo rechazaran, ya que representaba un retroceso inaceptable en la protección de los derechos. Puso de relieve buenas prácticas e instrumentos de dentro y fuera del sector de la salud que ofrecían soluciones y apoyo para las situaciones de crisis o emergencia y respetaban la ética médica y los derechos humanos de la persona afectada, incluido el derecho al consentimiento libre e informado, como los programas de asistencia personal, apoyo psicosocial y vivienda, que reducían el riesgo de internamiento y de sufrir violencia física y sexual. Recordó que la participación de las propias personas con discapacidad era una condición esencial para lograr un desarrollo basado en los derechos humanos.

14. El Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Nils Melzer, se sumó a los otros relatores especiales en su denuncia de la ilegalidad del internamiento forzoso y toda privación de libertad motivada por la discapacidad, y señaló que esas prácticas podían constituir tortura y malos tratos. Puso de relieve que las personas con discapacidad psicosocial solían perder la capacidad jurídica, por lo que quedaban fuera del alcance del sistema legal, en particular en el marco de los procedimientos judiciales, y ello podía conducir a su internamiento “voluntario” mediante el consentimiento de un tercero, a que se les administrara medicación de manera forzosa con fines de contención o castigo y a que se les sometiera a otros tratamientos invasivos, como procedimientos forzosos de esterilización, aborto, anticoncepción o terapia electroconvulsiva, todo lo cual también podía constituir tortura y malos tratos.

15. Bhargavi Davar, de Transforming Communities for Inclusion-Asia, se centró particularmente en la situación de la región de Asia y el Pacífico, y señaló que el sistema tradicional de salud mental y su enfoque biomédico habían sido importados mediante marcos coloniales (por ejemplo, leyes de incapacidad y sistema de tutela) y habían sido sustentados por la creciente tendencia a la medicación y el internamiento, alimentada por intereses farmacéuticos. Advirtió que esas prácticas y leyes de salud mental solo habían conducido a un aumento de la violencia y las vulneraciones, mediante nuevas formas de

coerción e internamiento forzoso. Recordó que la capacidad jurídica, la libertad, la igualdad, la no discriminación y la inclusión eran derechos reconocidos a todas las personas en los instrumentos de derechos humanos, y que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad instaba a que se respetaran todos los derechos de todas las personas con discapacidad, sin excepción. Subrayó que con las prácticas de siempre solo podían obtenerse los resultados de siempre, y que para promover la innovación era necesario adoptar nuevos enfoques. Señaló que no bastaba con reformar las leyes de salud mental e incapacidad, y pidió que se derogaran y que se estableciera una moratoria de la promulgación de nuevas leyes de salud mental. Citó ejemplos de prácticas novedosas y pidió más apoyo para nuevas prácticas comunitarias, orientación y programas experimentales de desinstitutionalización, servicios socialmente innovadores de prestación de cuidados en la comunidad y un cambio de mentalidad en todos los servicios relacionados con el desarrollo y los derechos humanos. Pidió que esa transformación girara en torno a las personas con discapacidad psicosocial y estuviera liderada por ellas.

16. Nina Ferencic, del UNICEF, recordó que los problemas de salud mental solían ser consecuencia directa de la violencia, el descuido emocional y el maltrato experimentados durante la infancia, en algunos casos a raíz del internamiento, y que afectaban de manera desproporcionada a los niños con discapacidad, cuyas familias carecían frecuentemente de información y apoyo para criar a sus hijos en el hogar. Expresó su preocupación por la penalización, el control y la vigilancia de la salud mental, que no tenían igual en otros ámbitos de la salud. Puso de relieve la conexión con la justicia juvenil, en el contexto de la cual la mayoría de los jóvenes encarcelados tenían problemas de salud mental o trastornos causados por el consumo de sustancias adictivas y habían padecido experiencias traumáticas, como maltrato físico, violencia doméstica o descuido. Señaló la necesidad de aplicar enfoques que pudieran reducir el encarcelamiento y ofrecer a los jóvenes acceso a una gama más amplia de medidas para ayudarles a crecer y desarrollarse en la comunidad. Propuso que se trabajara en los ámbitos de la salud, la educación, la protección social y el ordenamiento jurídico, y directamente con los niños, los jóvenes, los padres, los maestros, los servicios asistenciales, las escuelas y las comunidades, para crear conciencia sobre la salud mental y prestar apoyo a los niños.

17. Durante el diálogo interactivo hicieron uso de la palabra representantes de Lituania y de Autistic Minority International, Support-Fundació Tutelar Girona, Mental Health Europe, Salud Mental España y Human Rights Watch. Lituania expresó su satisfacción por la consulta y pidió que se trabajara de forma constante para lograr un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos. En las observaciones y preguntas que se formularon a continuación se abordaron las siguientes cuestiones: a) el hecho de que la prohibición absoluta del internamiento, según lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, abarcaba también el internamiento de niños autistas y el internamiento de otras personas motivado por razones “de salud”; b) la necesidad de asegurar que todos los enfoques se centraran en las opiniones de las propias personas con discapacidad psicosocial, y c) el hecho de que debían promoverse, en particular mediante la capacitación de profesionales, prácticas que se ajustaran a la Convención, que podían preceder a la reforma jurídica e impulsarla. Haciéndose eco de las observaciones de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, los representantes de varias organizaciones expresaron su oposición al proyecto de protocolo adicional al Convenio de Oviedo y pidieron su retirada.

18. En respuesta a todo ello, los panelistas acogieron con satisfacción el apoyo al cambio de paradigma, reconocieron los obstáculos persistentes, como las prácticas psiquiátricas tradicionales, y pidieron que se modificaran las leyes y las actitudes y que se erradicara el internamiento de niños sobre la base de su salud mental o cualquier afección de salud.

B. La mejora de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental mediante estrategias sistémicas

19. La Dra. Michelle Funk, de la OMS, explicó en detalle la iniciativa QualityRights de su organización, destinada a promover un enfoque de la salud mental basado en los

derechos humanos, y la labor llevada a cabo por la OMS con los países a fin de desarrollar la capacidad en materia de derechos humanos y salud mental; transformar esos sistemas para promover la calidad y los derechos, en particular respaldando a la sociedad civil, y apoyar las reformas legales y de políticas acordes con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, especialmente en relación con la capacidad jurídica, la libertad, la inclusión en la comunidad y la eliminación de la violencia. Puso de relieve que las herramientas de QualityRights habían contribuido significativamente a modificar las actitudes, las prácticas y la prestación de servicios en lo relativo al respeto del derecho de las personas a tomar sus propias decisiones; la información sobre las opciones de tratamiento y el ofrecimiento de la posibilidad de elegir, y la eliminación del tratamiento forzoso, la reclusión y la contención. Presentó resultados que ponían de manifiesto una disminución de la violencia, un aumento del recurso al apoyo en lugar de a la fuerza y una reorientación de los servicios hacia un enfoque de recuperación. La OMS estaba elaborando una guía de mejores prácticas sobre servicios prestados en la comunidad en los que no se empleaba la coacción, se apoyaba la recuperación y se promovían la autonomía y la inclusión.

20. El Dr. Vincent Girard, de la Agencia Regional de Salud de Provenza-Alpes-Costa Azul, describió el programa “La Vivienda Primero”, que se había venido aplicando en Francia durante más de 20 años y apoyaba la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial. Aunque Francia era el segundo país de Europa que mayor presupuesto destinaba a la salud mental, persistían las violaciones de los derechos humanos: se registraba una tendencia creciente al uso de la coerción psiquiátrica (había aumentado un 15% desde la reforma legislativa de 2011, cuyo objetivo era fortalecer los derechos de los pacientes hospitalizados de manera forzada), y casi 45.000 personas con discapacidad psicosocial vivían en la calle y 25.000 estaban encarceladas. Explicó que el modelo de “La Vivienda Primero” no condicionaba el acceso a la vivienda a la aceptación de atención o a la restricción del consumo de drogas o alcohol; que la persona beneficiaria recibía apoyo de un equipo, coordinado por un trabajador social, entre cuyos miembros había personas que habían pasado por experiencias similares, y que el psiquiatra no era el principal responsable. Señaló que la iniciativa era eficaz porque se centraba en todos los aspectos de las necesidades de una persona, y no en la mitigación de los síntomas, y que los resultados del programa demostraban que se habían alcanzado logros tanto en términos de ahorro de recursos como de respeto de los derechos humanos, mediante la reducción y la prevención de la hospitalización. Convino en que debían utilizarse la investigación y los proyectos científicos para fundamentar y reformar las políticas en lo relativo a los conceptos erróneos de peligrosidad y de necesidad médica de “curar un trastorno”, que no estaban respaldados por pruebas actuales.

21. El Dr. Alberto Minoletti, de la Universidad de Chile, presentó un panorama general de la reforma de la salud mental llevada a cabo en Chile entre 1990 y 2018 y puso de relieve sus principales logros, como el aumento de la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios comunitarios de salud mental y la inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial. A lo largo de los años, habían disminuido el número de estancias de pacientes en centros de salud mental, así como los niveles de coerción, abusos y violencia registrados en esos servicios. Por lo que se refiere a las medidas de reforma legislativa, se había protegido el derecho al consentimiento informado para el tratamiento y la investigación, se habían establecido restricciones para la hospitalización involuntaria, se había prohibido la psicocirugía y se había creado una agencia de supervisión para proteger los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Aunque quedaban problemas por resolver, esos cambios habían aumentado la inclusión en la comunidad con relativamente pocos recursos.

22. El Dr. Roberto Mezzina, de la Azienda Sanitaria Universitaria Integrata de Trieste, describió la reforma de la salud mental llevada a cabo en Italia, que había conducido a un proceso de desinstitucionalización en el marco del cual se habían cerrado los hospitales psiquiátricos (entre 1978 y 1999) y los hospitales forenses (en 2017). En la Ley núm. 180 de 1978 se había reconocido que los derechos humanos eran una herramienta clave en la atención de la salud mental, lo que había llevado a un cambio en la psiquiatría y a una prestación más amplia de protección social y servicios en la comunidad, centrada en la persona y no en el diagnóstico. Ese enfoque requería una atención proactiva y firme,

respuestas rápidas ante las crisis, puertas abiertas, la supresión de la contención, una continuidad de la atención y prácticas basadas en los principios de la elección, la personalización y los derechos, con el objetivo de promover la responsabilidad compartida, el diálogo, la recuperación y el apoyo temprano. El Dr. Mezzina describió el modelo implantado en la región del Véneto, en el marco del cual se habían creado un departamento de evaluación y emergencia en el hospital general como primer punto de contacto, y un equipo de tratamiento a domicilio que aplicaba el principio del diálogo abierto. Aproximadamente el 94% del presupuesto destinado a la salud mental se invertía dentro de la comunidad, lo que facilitaba la adaptación de la recuperación a las necesidades de cada persona en el contexto de un enfoque global, según el cual la libertad no era el resultado de la atención, sino una condición previa para su prestación. El Dr. Mezzina puso de relieve que para lograr la igualdad y poner fin a la exclusión era necesario garantizar los determinantes sociales de la salud, entre ellos la estabilidad en cuanto a la vivienda, el trabajo, los ingresos, el apoyo social y las relaciones. Subrayó la importancia de promover la participación de los interesados, incluidos los usuarios de los servicios, fomentar alianzas terapéuticas que respetaran la voluntad y las preferencias de la persona y dar prioridad a la participación como un elemento fundamental de la democracia y la justicia social.

23. Una experta en derechos humanos, la Dra. Amalia Gamio, se refirió a las carencias persistentes en cuanto al respeto de los derechos humanos en el contexto de la atención de la salud mental, debidas a los prejuicios y los estigmas, que aumentaban el riesgo de violaciones como el sometimiento forzoso a tratamiento, incluida la esterilización forzada. Señaló que no se prestaba suficiente atención al igual reconocimiento como persona ante la ley, consagrado en el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Pidió que se emprendiera urgentemente una reforma estructural con vistas a prohibir expresamente el internamiento y el tratamiento forzoso, elaborar estrategias basadas en la comunidad y garantizar la disponibilidad de recursos, el fomento de la capacidad y la vigilancia a todos los niveles. Expuso un ejemplo positivo de cooperación entre más de 30 organizaciones, mediante la cual se había logrado la retirada en México del proyecto de ley de salud mental, que habría seguido permitiendo el internamiento involuntario. Encomió la Constitución Política de la Ciudad de México, en la que se reconocía expresamente la capacidad jurídica de todas las personas y que entraría en vigor en septiembre de 2018.

24. Durante el diálogo interactivo hicieron uso de la palabra representantes del Estado Plurinacional de Bolivia, del Ecuador y de la sociedad civil, concretamente de la Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos, We Shall Overcome y Salud Mental España. Los delegados del Estado Plurinacional de Bolivia y del Ecuador expusieron buenas prácticas empleadas en sus respectivos países para promover los derechos humanos en la atención de la salud mental, como la asignación de prioridad a la calidad y la accesibilidad de los servicios prestados en la comunidad, y la eliminación de la exclusión social mediante el fomento de la participación en los procesos de adopción de decisiones. Los oradores reiteraron el llamamiento al paso del modelo biomédico y de privación de libertad en la atención de la salud mental a una mayor consideración de las causas profundas y los factores sociales determinantes a fin de promover un enfoque de recuperación. También instaron a que se prestara mayor atención a las formas múltiples e interseccionales de discriminación que se daban en los sistemas de salud mental, que afectaban de manera desproporcionada a las mujeres con discapacidad psicosocial. La representante de We Shall Overcome expuso el ejemplo de la creación en Noruega de pabellones en los que no se administraba medicación, una iniciativa que habían propuesto las organizaciones de usuarios/supervivientes y que se había integrado plenamente en los servicios estatales de atención de la salud de todas las regiones del país. La alternativa de prescindir de la medicación no se oponía a la inclusión o el apoyo basados en la comunidad, y tenía por objeto garantizar que las personas pudieran elegir y recibir apoyo sin la administración forzosa de medicamentos, de modo que mantuvieran su agencia y su libre determinación. La oradora subrayó, no obstante, que esa medida no podía reemplazar una reforma jurídica más amplia para abolir el tratamiento forzoso.

25. En respuesta a todo ello, los panelistas convinieron en que era necesario prestar mayor atención a los factores sociales determinantes que repercutían en la salud mental. Era esencial mejorar el acceso y el apoyo, pero, a la vez, debían eliminarse el uso de la fuerza y

la coerción a fin de promover la inclusión y un enfoque basado en la recuperación, en particular garantizando el acceso a la justicia y la concesión de reparaciones por las violaciones. Se abordó también la evolución de la función de los psiquiatras; estos tenían un importante papel que desempeñar en la concepción de prácticas innovadoras, pero muchos seguían oponiendo resistencia al modelo de derechos humanos, que situaba a la persona en el centro como experta por propio derecho. Los panelistas señalaron que se necesitaba voluntad política para la adopción de un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos.

C. Apoyo y servicios basados en los derechos humanos para mejorar el disfrute de los derechos humanos en el contexto de la salud mental

26. Olga Runciman, de Psycovery, explicó la labor que llevaba a cabo la red Hearing Voices, un movimiento que trabajaba al margen de la psiquiatría en 33 países. Hizo referencia a un caso en particular para ilustrar cómo la psiquiatría silenciaba y se imponía encasillando a las personas en diagnósticos preconcebidos. El caso era el de una mujer que había sido sometida a tratamiento y medicación sin su consentimiento; no se habían adoptado medidas para estudiar las causas del sufrimiento asociado al trauma que había padecido en el pasado, sino que se había centrado la atención en su diagnóstico de esquizofrenia y en las voces que oía. La Sra. Runciman concluyó que el movimiento y la red Hearing Voices permitían que las personas encontraran su propia voz, y que las personas que oían voces y compartían la misma experiencia se ayudaran mutuamente a encontrar sentido y comprensión. La red promovía el activismo y la concienciación pública sobre los daños que podía causar la psiquiatría.

27. Dganit Tal-Slor describió la labor de Community Access, una organización neoyorquina de asistencia social cuya misión era ampliar las oportunidades de las personas con problemas de salud mental para recuperarse de los traumas y la discriminación, así como propugnar el acceso a una vivienda asequible, a la educación, a la formación profesional y a servicios centrados en la recuperación. Community Access aplicaba un enfoque centrado en las personas que promovía la libre determinación, la reducción de los daños, la recuperación, la dignidad y los derechos humanos. Había desempeñado un papel fundamental en el desarrollo del movimiento de apoyo entre pares en Nueva York, así como en la integración de personas que habían sufrido problemas de salud mental como defensoras en prácticamente todos los programas de salud mental. También había trabajado en dependencias policiales para diseñar la capacitación para la intervención en situaciones de crisis impartida a los agentes de policía a fin de que pudieran comprender mejor los problemas y las necesidades de las personas afectadas. El objetivo de la organización era trabajar con la ciudad de Nueva York para crear equipos de salud mental que ofrecieran una respuesta inicial ante llamadas de emergencia integrados por personas que habían sufrido problemas de salud mental y trabajadores sociales. Además, la organización estaba colaborando con la ciudad y el estado de Nueva York para establecer alternativas a la hospitalización y las visitas a los servicios de emergencias, y la ciudad había creado centros de atención temporal administrados y gestionados por personas que habían sufrido problemas de salud mental. La Sra. Tal-Slor señaló que la mayoría de los beneficiarios de los servicios de la organización vivían en la pobreza, muchos de ellos desprovistos de seguridad alimentaria y de vivienda, y que el sistema no reconocía la necesidad de un enfoque holístico del apoyo y el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental, ya que el enfoque primordial seguía siendo la medicalización, el tratamiento forzoso en hospitales y el condicionamiento de los servicios, incluido el acceso a la vivienda, al “cumplimiento del tratamiento”. Observó que los fondos destinados a medicamentos y visitas a hospitales se proporcionaban con más facilidad que los destinados a la inclusión en la comunidad mediante el acceso a la vivienda y la capacitación para el empleo.

28. Michael Njenga, del Foro Africano sobre la Discapacidad, afirmó que en el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en la observación general núm. 1 (2014) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, relativa al igual reconocimiento como persona ante la ley, se hacía referencia al apoyo entre pares como una forma de apoyo para la adopción de decisiones a los efectos del ejercicio de la capacidad jurídica. El apoyo entre pares se basaba en las experiencias vividas, ya que las personas que habían pasado por la misma situación disponían de conocimientos y competencias para ayudar a otras personas que atravesaban períodos difíciles en sus vidas, y, por consiguiente, contribuía a promover la autonomía para la adopción de decisiones en situaciones de emergencia, y constituía un elemento esencial de los servicios basados en la recuperación y la inclusión en la comunidad. El Sr. Njenga describió la labor llevada a cabo por Users and Survivors of Psychiatry in Kenya, que había documentado el uso del apoyo entre pares como herramienta de apoyo para la adopción de decisiones. El apoyo entre pares fomentaba la agencia y la autonomía de las personas, ya que ofrecía un espacio seguro para el intercambio de experiencias e información, el desarrollo del conocimiento colectivo y la prestación de asesoramiento y apoyo para la asunción de riesgos. El Sr. Njenga señaló que en las reuniones de grupos de apoyo entre pares podían examinarse decisiones cotidianas y decisiones con consecuencias jurídicas y financieras, y que los miembros hablaban sobre medicamentos y tratamientos, eran informados sobre sus derechos humanos y recibían apoyo para hacerlos valer (por ejemplo, oponiéndose al tratamiento). Observó que, con el tiempo, los miembros adoptaban una actitud más firme en cuanto a la toma de sus propias decisiones, y en cuanto a la recuperación del control de sus vidas como agentes empoderados, y no como objetos de tratamiento. Se refirió a la determinación del Gobierno de Kenya de ampliar la iniciativa que había descrito, estableciendo grupos de apoyo entre pares en todo el país, alentado por las conclusiones de Users and Survivors of Psychiatry in Kenya.

29. Sashi Sashidharan, de la Universidad de Glasgow, celebró el cambio de paradigma previsto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, pero lamentó que apenas se hubiera avanzado en la esfera de la salud mental. No obstante, afirmó que todos los agentes implicados podían llevar a cabo microtransgresiones del paradigma actual adoptando prácticas y acciones que lo desafiaban. Describió la experiencia de contratar a personas que habían sufrido problemas de salud mental como miembros de todos los equipos de servicios comunitarios de salud mental, con igual remuneración, lo que contribuía significativamente a la integración del apoyo entre pares, el establecimiento de voluntades anticipadas y la garantía de la posibilidad de elegir el tratamiento. Además, los gobiernos podían fijar objetivos simples respecto de los servicios, a fin de reducir los internamientos prescritos con arreglo a sus leyes de salud mental. El Sr. Sashidharan puso de relieve la creación de equipos de tratamiento a domicilio para la resolución de crisis, disponibles las 24 horas del día y los 7 días de la semana para prestar apoyo en sus hogares a personas afectadas por crisis, que había servido para reducir el número de internamientos obligatorios. Encomió el ejemplo de las alternativas sin medicación ofrecidas en Noruega. Afirmó que el reto más difícil era reformar la práctica actual de la psiquiatría forense, cuya eficacia no estaba respaldada por pruebas, si bien el 18% de los recursos de salud mental se gastaban en encerrar a personas en instituciones psiquiátricas.

30. Durante el diálogo interactivo hicieron uso de la palabra representantes de la Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría, la Asociación de Salud Mental de Indonesia, el Centre for Inclusive Policy, Autistic Minority International y We Shall Overcome, así como del Estado Plurinacional de Bolivia y del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Se plantearon las siguientes cuestiones: los beneficios del apoyo entre pares desvinculado del sistema de salud mental; la psiquiatría como puerta de acceso a los servicios públicos, por ejemplo, de vivienda; la forma de “desmedicalizar” los recursos invertidos en los servicios de apoyo en la comunidad que no necesitaban estar vinculados al sistema de salud mental; y la necesidad de combatir la discriminación contra las personas autistas basada en la patologización y el diagnóstico conducente a terapias y medidas de prevención que impedían la preservación y el respeto de la identidad autista. El Estado Plurinacional de Bolivia aludió a preocupaciones relativas a la financiación de la medicalización, así como a la perspectiva biomédica, y el Reino Unido destacó la necesidad urgente de combatir el estigma, los abusos, el tratamiento forzoso y el internamiento ilegal

o arbitrario. En cuanto al proyecto de protocolo adicional al Convenio de Oviedo, se encomió la retirada de Portugal de ese proceso, y se hizo un llamamiento a otros Estados a que siguieran ese buen ejemplo a fin de cumplir las obligaciones consagradas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

31. Los panelistas ofrecieron diversas respuestas en relación con la psiquiatría como puerta de acceso a los servicios, y subrayaron que la psiquiatría debía constituir una opción entre muchas. Alertaron de que el trabajo entre pares organizado por psiquiatras entrañaba el riesgo de legitimar el tratamiento tradicional y podía restar poder al movimiento de apoyo entre pares, y destacaron la necesidad de enfoques que contribuyeran a empoderar a las personas. Se afirmó que la prioridad debía ser garantizar la autonomía y la dignidad y devolver la voz, el poder y la capacidad de elección a las personas con discapacidad psicosocial, y también que era necesario pasar de un modelo de contención a un modelo de recuperación y e inclusión en la salud mental. Los panelistas expusieron ejemplos positivos de prácticas relativas al apoyo entre pares y la habilitación de pares, y observaron que el apoyo entre pares ayudaba a superar el trauma vinculado al hecho de haber sido sustraído por la fuerza de la comunidad (mediante hospitalización forzosa). Pusieron de relieve la contribución del apoyo entre pares al establecimiento de contacto entre la policía y el personal hospitalario a fin de prevenir ese trauma. Los oradores destacaron la falta de investigaciones y pruebas de los beneficios del uso de la fuerza en psiquiatría, y el hecho de que, por el contrario, varios estudios documentaban las experiencias negativas y la angustia duradera padecidas por las personas sometidas a tratamiento forzoso. Se concluyó que en los centros de salud mental se seguían cometiendo violaciones de los derechos humanos, que daban lugar a la proliferación de las desigualdades, agravadas en los casos de identidades interseccionales. Para que las reformas resultasen efectivas, se requeriría un cambio de actitud en los establecimientos psiquiátricos y la práctica clínica que permitiera superar el modelo biomédico de la psiquiatría.

D. La mejora de las prácticas de lucha contra la discriminación, el estigma, la violencia, la coacción y los abusos

32. El panel estuvo integrado por representantes del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), Human Rights Watch y el Hospital Universitario de Akershus (Noruega). Los panelistas destacaron el lugar central que ocupaba la salud mental en relación con la salud general, los derechos humanos y la dignidad. Todos los panelistas convinieron en que, para promover la inclusión y la salud mental, debían combatirse las formas múltiples de discriminación y desigualdad que afectaban a los jóvenes, las mujeres, las personas que viven con el VIH/sida, las personas que viven en la pobreza, las personas que viven en regiones rurales, las personas con discapacidad, incluidas las personas con discapacidad psicosocial, y otras personas con identidades interseccionales. Los panelistas propugnaron un enfoque centrado en las personas para empoderar a las comunidades como agentes de cambio, implicando a los titulares de derechos en la formulación y aplicación de programas y servicios y en la capacitación al respecto.

33. Mónica Ferro, del UNFPA, destacó que la salud mental formaba parte de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que la falta de opciones para la toma de decisiones en materia de reproducción podía dar lugar a problemas de salud mental y que estos también podían surgir en relación con las dimensiones psicológicas de la concepción, el embarazo, el parto y la atención posparto, y de acontecimientos relacionados con el aborto inducido o espontáneo, el VIH/sida y la mutilación genital femenina. Señaló que la salud mental debía integrarse en todas las políticas, estrategias, programas y estadísticas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Se refirió a los factores determinantes de la salud mental, y subrayó que la discriminación de género solía acarrear efectos perjudiciales para los derechos de la mujer; por ejemplo, la mayor probabilidad que tenían las mujeres de ser objeto de violencia sexual, y la consiguiente prevalencia del trastorno por estrés postraumático entre ellas; los índices de diagnóstico de depresión más elevados entre las mujeres que entre los hombres aquejados de los mismos síntomas; y los mayores problemas

a que se enfrentaban las mujeres para acceder a servicios de salud reproductiva debido a la falta de recursos económicos.

34. Tim Martineau, de ONUSIDA, destacó que las personas que viven con el VIH, al igual que otros grupos marginados y estigmatizados, sufrían niveles significativos de depresión asociados al temor de que se desvelara su condición, y a la consiguiente reticencia a acceder a tratamiento. La discriminación y la exclusión solían verse exacerbadas por otras facetas de su identidad, como la raza, la orientación sexual y la edad, lo que daba lugar a un mayor aislamiento y un peor estado de salud, así como a un riesgo añadido de sufrir violencia y opresión a causa del estigma generalizado. ONUSIDA asignaba a los derechos humanos y la salud una atención prioritaria en su respuesta al sida, centrándose en la prevención, el tratamiento y los derechos humanos para combatir el estigma y la discriminación y promover la rendición de cuentas, mediante un sistema mundial de seguimiento en el marco del cual unos 170 países presentaban información basada en indicadores sobre la discriminación, el estigma y el empoderamiento de la comunidad. ONUSIDA también participaba en iniciativas mundiales de promoción junto con otros organismos, y ayudaba a los países a eliminar el estigma y la discriminación, mejorar la vigilancia, las leyes, la capacitación jurídica básica y el acceso a la justicia, concienciar a los legisladores y reforzar la capacidad de los trabajadores sanitarios para mejorar la calidad de la atención. El Sr. Martineau puso de relieve la importancia de empoderar a las comunidades como agentes de cambio.

35. Milena Osorio, del CICR, proporcionó información sobre la dependencia de Apoyo Psicosocial y en Salud Mental del CICR, que se encargaba de prestar asistencia a víctimas de conflictos armados, violencia y desastres. El CICR había llevado a cabo intervenciones a través de 105 programas multidisciplinarios desplegados en 50 países, en el marco de los cuales se proporcionaba un conjunto integral de servicios en un proceso continuo de atención dirigido a eliminar la estigmatización y la discriminación. La Sra. Osorio especificó que su dependencia prestaba asistencia a víctimas de tortura, familiares de personas desaparecidas, víctimas de violencia y personas heridas. Aplicaba enfoques inclusivos y multidisciplinarios al trabajar con las comunidades y las propias personas para elaborar programas e impartir capacitación a los profesionales, y ofrecía servicios integrales que combinaban salud física y mental, apoyo psicosocial, social y económico, y protección.

36. Kriti Sharma proporcionó información detallada acerca de las investigaciones realizadas por Human Rights Watch sobre las vulneraciones de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial cometidas en más de 25 países de distintas regiones del mundo. Human Rights Watch había constatado que las personas con discapacidad psicosocial eran estigmatizadas y discriminadas habitualmente, y en general no gozaban de los derechos humanos fundamentales. Pidió que se derogaran las leyes y políticas que normalizaban la coacción, incluidas las prácticas de tratamiento involuntario, la terapia de electrochoque y el uso de métodos de contención. Señaló que la estigmatización también podía estar generalizada entre los funcionarios encargados de proteger los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, y que incluso en los casos en que se impartía capacitación sobre los derechos y la salud mental se solía recurrir por defecto al aislamiento y a la fuerza, debido a la falta de comprensión de las necesidades de apoyo. Para cambiar la mentalidad de los agentes clave, era necesario que estos observaran de primera mano las deficiencias del sistema actual, pero también que se familiarizaran con ejemplos de buenas prácticas aplicadas en todos los contextos, incluidas las situaciones humanitarias. Pidió que se reforzara la cooperación entre las organizaciones que representan a las personas con discapacidad y la sociedad civil general, con vistas a combatir las formas múltiples e interseccionales de estigmatización y discriminación.

37. Peter McGovern expuso su experiencia de organizar actividades de capacitación dirigidas al personal de salud mental en el contexto de la iniciativa QualityRights de la OMS, la cual proporcionaba un marco transformador y práctico que hacía realidad, en los servicios y para los usuarios de los servicios, los enfoques basados en los derechos y orientados a la recuperación consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La capacitación integraba siempre la perspectiva de todos los grupos interesados, incluidos los profesionales de la salud y los asesores de política, además de las personas con experiencia real de utilización de los servicios, y entrañaba

entablar conversaciones para identificar, mediante el análisis de estudios de casos, denegaciones de derechos cometidas en los servicios, así como examinar los obstáculos que impedían el cambio y la manera de superarlos. La iniciativa QualityRights combatía la resistencia, fomentaba la participación y generaba impulso para apoyar a las personas de manera diferente. Los participantes de las sesiones de capacitación convenían en que los enfoques basados en los derechos humanos no solo beneficiaban a los usuarios, sino también a los proveedores de servicios. El Sr. McGovern subrayó que la capacitación constituía un llamamiento a la acción y ofrecía orientación sobre la forma en que se podían introducir modificaciones en el día a día, y observó que se habían constatado cambios de actitud, tras algunos días de capacitación, en cuanto al uso de prácticas coercitivas en situaciones de crisis y al respeto del derecho de las personas a tomar decisiones por sí mismas. Concluyó que la capacitación fomentaba una responsabilidad compartida respecto de los planes de mejora de los servicios, lo que creaba oportunidades para un cambio de cultura más amplio que promoviera una tendencia hacia enfoques del apoyo de salud mental basados en los derechos humanos.

38. Durante el diálogo interactivo, formularon declaraciones los delegados de Australia, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú, así como representantes de la International Network Toward Alternatives and Recovery, Mental Health Europe, Disability Rights International, Salud Mental España, la Alianza Internacional de la Discapacidad, la Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría, Human Rights Watch, Autistic Minority International, la red Hearing Voices, la Asociación de Salud Mental de Indonesia y la Azienda Sanitaria Universitaria Integrata de Trieste. El delegado del Perú explicó el modo en que el Gobierno se proponía ampliar la función de los centros comunitarios en el contexto de la atención de la salud mental, y el delegado de Bolivia destacó que su sistema de salud mental también se apoyaba en las prácticas curativas de los pueblos indígenas, de manera que creaba un sistema holístico integrándolas en el servicio nacional de salud. La delegada de Australia habló de la discriminación agravada que sufrían las poblaciones marginadas, como los pueblos indígenas y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, e hizo referencia a los programas destinados a reducir la estigmatización en los servicios de salud mediante la concienciación y la difusión de conocimientos sobre los efectos de los problemas de salud en esas comunidades. Los participantes de la sociedad civil pidieron que se eliminara la coacción de los servicios de salud mental y que se ofrecieran protección jurídica y recursos legales eficaces, manteniendo en el centro de todas las iniciativas a los titulares de derechos, las personas con discapacidad psicosocial y los niños y adultos autistas, y destacaron que las voces de estos no debían ser sustituidas por las de sus padres o familiares, quienes a menudo estaban facultados por ley para restringir sus derechos (sometiendo a las mujeres con discapacidad tuteladas a anticoncepción forzosa). Se pusieron de relieve buenas prácticas, como las medidas cautelares decretadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para proteger la vida y la integridad de las personas con discapacidad internadas en instituciones, a raíz de las cuales ya se había ordenado en algunos casos la reintegración de esas personas en la comunidad; la siguiente reunión internacional de la International Network Toward Alternatives and Recovery, que se celebraría en Kenya en 2019 y se centraría en el diálogo entre los supervivientes y los usuarios de los servicios, los defensores de los derechos humanos, los psiquiatras y los médicos generalistas, con vistas a formular enfoques no médicos y no coercitivos para reemplazar los métodos de psiquiatría tradicionales; y la labor llevada a cabo por Mental Health Europe para compilar prácticas alternativas a la coacción. La Alianza Internacional de la Discapacidad alertó contra la aprobación del proyecto de protocolo adicional al Convenio de Oviedo y Mental Health Europe encomió el liderazgo de Portugal en la oposición a ese instrumento.

39. En respuesta a todo ello, los panelistas hicieron referencia a estrategias innovadoras destinadas a promover una imagen positiva de las personas con discapacidad psicosocial en los medios de comunicación —mediante una labor de concienciación y capacitación dirigida a combatir los estereotipos negativos y eliminar la estigmatización—, así como a multiplicar sus voces y garantizar que se las mantuviera en el centro de todas las iniciativas.

IV. Conclusiones y recomendaciones

40. Para concluir, la Alta Comisionada Adjunta de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Kate Gilmore, puso de relieve la importancia del carácter global de la agenda para la inclusión en la intersección crítica entre los derechos humanos, la integridad física y mental y el disfrute de salud mental. Dio las gracias, en particular, a los defensores y activistas y a las personas con experiencia real, que lideraban ese proceso transformador, y observó que el cambio basado en los derechos siempre había emanado de planteamientos de las personas a las que se había privado de sus derechos. Ante ellas se debía rendir cuentas de la labor futura, atendiendo a sus puntos de vista, sus opiniones y sus experiencias. La Sra. Gilmore subrayó que persistían muchas prácticas que vulneraban directamente los principios y propósitos de los derechos, como el internamiento forzoso, el tratamiento forzoso y la criminalización de las personas con problemas de salud mental; en esos casos, el principal amigo de los derechos —la ley— solía ser su principal enemigo. Condenó el uso ilícito de la ley para dominar y discriminar, y su conversión en una amenaza para el disfrute de los derechos. Por último, señaló que todo el mundo tenía la responsabilidad del conocimiento: el cambio era alcanzable, asequible y razonable, y, por consiguiente, instó a todos los agentes a que diseñaran conjuntamente servicios y colaboraran con vistas a crear entornos favorables para la salud.

41. El Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes formuló recomendaciones concretas para seguir avanzando. Destacó la necesidad apremiante de abolir la legislación que permitía el internamiento de las personas con discapacidad, así como de garantizar la revisión periódica de todas las decisiones de internamiento, en particular mediante los marcos independientes de vigilancia ofrecidos por los expertos en derechos humanos, las instituciones nacionales de derechos humanos, los mecanismos nacionales de prevención, la sociedad civil y los mecanismos internacionales. Además, los Estados debían promulgar legislación por la que se reconociera la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial, vinculada al apoyo y la vida en la comunidad. Así pues, los Estados debían facilitar la desinstitucionalización mediante la aprobación de leyes de protección social y la prestación de diversos tipos de servicios de asistencia a los que pudieran acceder las personas que los requirieran. El Relator Especial puso de relieve la necesidad crucial de directrices sobre el consentimiento libre e informado y las repercusiones del internamiento, sobre el tratamiento y sobre las condiciones de vida de las personas con discapacidad psicosocial. Además, era necesario concienciar y capacitar adecuadamente al personal penitenciario. El Relator Especial subrayó que era indispensable reconocer la violencia y los malos tratos infligidos a las personas con discapacidad como una forma de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, a fin de brindar a las víctimas y sus defensores una mayor protección jurídica frente a esas vulneraciones. Concluyó haciendo un llamamiento en favor de una sociedad inclusiva que pusiera fin a la marginación y la discriminación.

42. La Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad puso de relieve el gran consenso existente en cuanto a la necesidad apremiante de un cambio en el ámbito de la salud mental. El modelo biomédico imperante había provocado una brecha creciente de exclusión de las personas con discapacidad psicosocial, que se había traducido en una pérdida de autonomía e independencia y en el afianzamiento del tratamiento no consentido, la violencia y la esterilización forzada. Se requerían intervenciones y sistemas comunitarios de base empírica y en los que se respetaran los derechos humanos y el principio del consentimiento libre e informado. La Relatora Especial acogió con satisfacción la expansión de las buenas prácticas, que demostraban que el tratamiento forzoso y el internamiento eran perjudiciales e innecesarios. Pidió a los Estados una mayor determinación política de encarar la labor futura atendiendo a los factores sociales determinantes de la salud mental, implicando a las personas con discapacidad psicosocial y colaborando con ellas, en particular mediante grupos de apoyo para la vivienda, atención temporal, servicios de asistencia personal y otros medios. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible ofrecían la oportunidad

de construir una nueva narrativa basada en los derechos humanos que fomentara la inclusión y no la segregación. No podía haber desarrollo sostenible sin salud mental, y la salud mental sin derechos humanos equivalía a opresión. Instó al sistema de las Naciones Unidas a que interiorizara la apremiante necesidad de cambio y a que fomentara la cooperación entre los organismos y agentes pertinentes. Afirmó que no se podía avanzar en la agenda de la salud mental cuando esta seguía desatendiendo a los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial.

43. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental observó que la consulta había demostrado que existía acuerdo en cuanto a cuáles eran las causas fundamentales del fracaso del sistema y en cuanto a qué había que hacer para subsanar las deficiencias: eliminar la fuerza y las intervenciones biomédicas, que daban lugar a violaciones de los derechos humanos e infundían desesperanza en los usuarios de los servicios y los proveedores que eran “obligados a hacer uso de la fuerza”. Para la promoción de la salud mental se requerían relaciones interpersonales saludables y respetuosas, en particular entre los proveedores de servicios y los usuarios, y las medidas forzosas las impedían. El Relator Especial puso de relieve la necesidad de que todas las partes interesadas colaboraran y comprendieran que la mejor manera de promover la salud mental era mediante la plena integración del enfoque basado en los derechos humanos y el fomento de las relaciones en todos los entornos. Concluyó afirmando que, con una determinación más firme de los Estados, y bajo el liderazgo de una creciente masa crítica de usuarios empoderados, en el futuro todos saldrían ganando —incluidos los psiquiatras, que debían prescindir del monopolio del poder y compartir la responsabilidad.

44. A la luz de los debates se formularon las recomendaciones que figuran a continuación.

45. Los Estados deberían reexaminar el enfoque biomédico de la salud mental, que mantiene el desequilibrio de poder entre los profesionales y los usuarios de los servicios de salud mental, mediante un proceso colectivo en el que participen todos los interesados. Los usuarios de los servicios de salud mental, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial deberían desempeñar un papel destacado en la elaboración del marco conceptual que determine los servicios de salud mental, así como en el diseño, la puesta en práctica y la evaluación de esos servicios.

46. Los Estados deberían velar por que todos los servicios y la atención de salud, incluidos los servicios y la atención de salud mental, se supediten al consentimiento libre e informado de la persona a la que se presten, y derogar las disposiciones legales y las políticas que permitan el uso de la coacción y las intervenciones no consentidas, como la hospitalización y el internamiento involuntarios, el uso de medidas de contención, la psicocirugía, la medicación forzosa y otras medidas forzosas destinadas a corregir o curar una deficiencia real o supuesta, en particular las que permiten el consentimiento o la autorización por un tercero. Los Estados deberían redefinir y reconocer esas prácticas como formas de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, que representan una discriminación contra los usuarios de los servicios de salud mental, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial. Los Estados deberían velar por que esas personas gocen de capacidad jurídica y puedan ejercerla en las mismas condiciones que las demás derogando las leyes que prevean la sustitución en la adopción de decisiones, y deberían proporcionar: a) una serie de mecanismos de apoyo para la adopción de decisiones, incluida la modalidad del apoyo entre pares, a los que se pueda recurrir voluntariamente y que respeten la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona; b) salvaguardias contra los abusos y la influencia indebida en los arreglos de apoyo, y c) recursos para posibilitar y garantizar la disponibilidad de apoyo.

47. Los Estados deberían ofrecer apoyo y servicios centrados en las personas y basados en los derechos humanos, en particular de salud mental, que tengan base comunitaria, sean participativos, respeten el contexto y la cultura y posibiliten y

faciliten la participación en la sociedad. Esos servicios deberían estar disponibles en las comunidades en las que viven las personas, de manera que no se comprometan sus redes familiares y personales, sino que se promuevan y fortalezcan. Los Estados deberían evaluar múltiples estrategias para la puesta en marcha de esos servicios, estableciendo asociaciones con los usuarios, incluidos servicios dirigidos por los propios usuarios, como las iniciativas de apoyo entre pares, y deberían proporcionar servicios accesibles que ofrezcan espacios, apoyo y atención temporal sin coacción, en particular durante situaciones de crisis, por ejemplo, espacios en los que se prescindiera de medicación.

48. Los Estados deberían reforzar la labor de recopilación de datos y llevar a cabo y financiar investigaciones de base empírica y participativas, en las que se implique a los usuarios de los servicios y a las personas con discapacidad psicosocial, a fin de determinar las formas múltiples e interseccionales de discriminación que se dan en el contexto de la salud mental y evaluar la repercusión de los servicios; y diseñar y ofrecer espacios, apoyo y atención temporal sin coacción accesibles y asequibles, en los que se respete el principio del consentimiento libre e informado. Se debería alentar a los agentes de cooperación internacional a proporcionar fondos y asistencia técnica para la aplicación de esas medidas, y evitar llevar a cabo o apoyar proyectos o investigaciones que contravengan la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

49. Los Estados deberían revisar y aprobar leyes para combatir la estigmatización y la discriminación de los usuarios de los servicios de salud mental, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial. Los Estados deberían poner en marcha programas de capacitación, como los de la iniciativa QualityRights de la OMS, dirigidos a los profesionales, otros trabajadores y los encargados de la formulación de políticas del ámbito de la salud mental, sobre la manera de aplicar un enfoque de recuperación basado en los derechos humanos de conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Además, los Estados deberían diseñar y poner en marcha programas y campañas de información para concienciar a la comunidad, con vistas a eliminar los estereotipos negativos, el etiquetado, el estigma y la discriminación contra los usuarios de los servicios de salud mental, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial, fomentando una participación central de todos ellos en la formulación y la puesta en práctica de los programas de capacitación y concienciación.

50. Los Estados deberían velar por que los usuarios de los servicios de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial tengan acceso a la justicia, en particular preservando su capacidad jurídica en los procedimientos en que se denuncien violaciones de los derechos humanos cometidas en el contexto de la salud mental, y por que se proporcione resarcimiento y reparación a las personas a la vez que se promueve un cambio sistémico mediante la reforma de la legislación y las políticas y el fomento de la capacidad.

51. Los Estados deberían formular y aplicar políticas y programas mediante los que se atienda a los factores determinantes básicos de la salud mental, como las formas múltiples e interseccionales de discriminación, el derecho a la protección social, el acceso a la vivienda y al agua y el saneamiento, el derecho al trabajo y el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

52. Los Estados deberían adoptar medidas inmediatas con vistas a la desinstitucionalización, creando planes de acción mediante procesos participativos, y utilizando el máximo de recursos de que dispongan, recurriendo también a la cooperación internacional. Los Estados deberían reconocer en su legislación el derecho de acceso a servicios de asistencia que permitan a las personas vivir de forma independiente y ser incluidas en la comunidad, y velar por que la asistencia se preste y organice de acuerdo con la voluntad y las preferencias de los beneficiarios. Los planes de desinstitucionalización deberían prever la creación de servicios de apoyo en la comunidad que no reflejen los enfoques biomédicos o coercitivos.

53. En vista de que, a lo largo de la consulta, los participantes expresaron su preocupación por el proceso que se está llevando a cabo en el Consejo de Europa para elaborar un protocolo adicional al Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo), y señalaron que el proyecto de protocolo adicional sobre “la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales en relación con el internamiento y el tratamiento involuntarios” era contrario a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados miembros del Consejo de Europa deberían evaluar los posibles efectos de la aprobación de ese instrumento en el cumplimiento de las obligaciones internacionales que les incumben en virtud de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos del derecho de los derechos humanos, específicamente en relación con el derecho de la persona al consentimiento libre e informado para el tratamiento en el contexto de los servicios de salud mental. Todos los Estados partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad deberían revisar sus obligaciones antes de promulgar leyes o instrumentos que pudieran ser contrarios a su obligación de proteger los derechos de las personas con discapacidad.

Anexo

[Inglés únicamente]

List of participants

States Members of the Human Rights Council

1. Australia, Brazil, Chile, China, Croatia, Ecuador, Germany, Hungary, Japan, Mexico, Panama, Peru, Slovakia, Slovenia, Spain, Switzerland, Togo, Ukraine, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Venezuela (Bolivarian Republic of).

States Members of the United Nations

2. Bolivia (Plurinational State of), Bulgaria, Canada, Colombia, Cyprus, France, Gabon, Greece, Israel, Italy, Lithuania, Luxemburg, Maldives, Monaco, New Zealand, Norway, Poland, Portugal, Romania, Thailand, Turkey.

Intergovernmental organizations

3. European Union (EU), International Committee of the Red Cross (ICRC), International Labour Organization (ILO), Parliamentary Assembly of the Council of Europe, United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO).

Non-governmental organizations in consultative status with the Economic and Social Council

Special

4. Association for the Prevention of Torture (APT), CERMI Spanish Committee of Representatives of People with Disabilities, Disability Rights International, Du Pain Pour Chaque Enfant, Fundacion Vida — Grupo Ecologico Verde, International Disability Alliance, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USP-K), World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP).

Other non-governmental organizations

African Disability Forum (ADF), Autistic Minority International, Akershus University Hospital, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Trieste — ASUITs, Citizens Commission on Human Rights, Centre for inclusive Policy, CEPGL, Citizens Commission on Human Rights Europe, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Indonesian Mental Health Association, International Network toward Alternatives and Recovery, Mental Health Europe, Psycovery, Salud Mental España, SHI Swiss Health Invest, Support-Fundació Tutelar Girona, The Global Campaign for Mental Health, Transforming Communities for Inclusion Asia, Universidad de Chile, University of Glasgow, We Shall Overcome.