



Asamblea General

Distr. general
2 de febrero de 2022
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

49º período de sesiones

28 de febrero a 1 de abril de 2022

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**

Resumen del resultado de la consulta sobre la forma de armonizar las leyes, políticas y prácticas relativas a la salud mental con las normas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y sobre cómo aplicarlas

Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*

Resumen

Este informe, presentado en cumplimiento de la resolución 43/13 del Consejo de Derechos Humanos, contiene un resumen de los debates que tuvieron lugar durante la consulta celebrada el 15 de noviembre de 2021, sobre la mejor manera de armonizar las leyes, políticas y prácticas nacionales relativas a la salud mental con las normas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La consulta se centró en lo siguiente: a) explorar y compartir experiencias prometedoras de reforma de leyes, políticas y prácticas guiadas por un enfoque basado en los derechos humanos en el ámbito de la salud mental; y b) destacar los aspectos clave de la reforma legal sobre la base de la Convención. Se formularon recomendaciones a los Estados y todas las demás partes interesadas, incluidos los profesionales de la salud, con el fin de elaborar y aplicar reformas jurídicas y políticas, y otras medidas, con un enfoque basado en los derechos humanos, en todos los sectores de interés para la salud mental y en consonancia con la Convención.

* Se acordó publicar este informe tras la fecha prevista debido a circunstancias que escapan al control de quien lo presenta.



I. Introducción

1. El Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 43/13, solicitó a la Alta Comisionada para los Derechos Humanos que organizara una consulta para debatir la mejor manera de ajustar las leyes, políticas y prácticas nacionales relativas a la salud mental a las normas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La consulta se celebró el 15 de noviembre de 2021. En la misma resolución, el Consejo solicitó a la Alta Comisionada que elaborara un informe sobre las conclusiones de la consulta para presentarlo al Consejo de Derechos Humanos en su 49º período de sesiones. El presente informe se preparó de conformidad con esa solicitud.

2. Presidieron la consulta los Representantes Permanentes del Brasil y Portugal ante la Oficina de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en Ginebra, Tovar Da Silva Nunes y Rui Macieira, respectivamente. La consulta se dividió en dos mesas redondas. El objetivo de la primera mesa redonda fue explorar y compartir experiencias prometedoras en cuanto a la adopción, la aplicación, la actualización, el fortalecimiento o la supervisión de las leyes, políticas y prácticas guiadas por un enfoque basado en los derechos humanos en el ámbito de la salud mental; el objetivo de la segunda mesa redonda fue destacar los aspectos clave de la reforma legal sobre la base de la Convención.

3. Los panelistas fueron: el Director de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú, Yuri Cutipé; la Directora de la Wildflower Alliance (anteriormente, Western Massachusetts Recovery Learning Community), Sera Davidow; la Jefa de la Unidad de Política, Derecho y Derechos Humanos del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Michelle Funk; la Subdirectora y coordinadora de discapacidad de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya, Elizabeth Kamundia; la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng; el Asesor Regional de Salud Mental para África de CBM Global Disability Inclusion, Michael Njenga; el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Gerard Quinn; y la profesora de la Universidad RMIT de Melbourne (Australia), Penelope Weller. Los siguientes panelistas hicieron declaraciones pregrabadas en vídeo: el Vicepresidente de Programas de Salud del Centro Carter, Kashef Ijaz; la Presidenta del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Rosemary Kayess; y el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Nils Melzer.

4. Se invitó y animó a participar a todas las demás partes interesadas, entre ellas, los Estados Miembros, las instituciones nacionales de derechos humanos y las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas con afecciones de la salud mental o discapacidades psicosociales. En el presente informe se examinan las comunicaciones escritas recibidas por la Secretaría.

II. Resumen de la consulta

A. Apertura de alto nivel

5. En su declaración de apertura, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Michelle Bachelet, destacó que hacía demasiado tiempo que se postergaba el momento de conferir a la salud mental la categoría de prioridad mundial. Asimismo, declaró que la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) había afectado en forma desproporcionada la salud y el bienestar de las personas con afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales y de otros grupos en situación de vulnerabilidad. La pandemia también había exacerbado las disparidades en el acceso a los servicios de salud, los servicios de salud mental y el apoyo psicosocial, y había puesto de manifiesto que muchas personas con afecciones de la salud mental o discapacidades psicosociales carecían de acceso a los servicios de apoyo basados en la recuperación, o bien quedaban atrapadas en un círculo vicioso de violencia en su interacción con ellos.

6. La Alta Comisionada subrayó la urgente necesidad de que la comunidad mundial aplicara la Convención, que constituía el marco jurídico internacional en virtud del cual los sistemas de salud respetarían la dignidad y los derechos tanto de los usuarios como de los profesionales. Señaló que los países debían abandonar la institucionalización en favor de la inclusión y el derecho a vivir de forma independiente en la comunidad. Celebró el reconocimiento colectivo, expresado en mayo de 2021 en la Asamblea Mundial de la Salud, de la importancia de ampliar el acceso a los servicios de salud mental de alta calidad y basados en los derechos. Elogió a la OMS por su iniciativa Calidad y Derechos, y pidió una mayor inversión en servicios de apoyo comunitarios que respondieran a las necesidades y los derechos de las personas, y en los determinantes sociales de la salud. Esta inversión podría potenciar y restablecer la dignidad de las personas y contribuir a crear sociedades más tolerantes, pacíficas y justas.

7. La Subdirectora General Adjunta de la OMS, Zsuzsanna Jakab, declaró que, a pesar de la creciente concienciación de los países en las dos últimas décadas, la mayoría de ellos aún tenían marcos jurídicos, políticos y de servicios desactualizados e incompatibles con las normas de derechos humanos. Señaló que la pandemia de COVID-19 había agravado el carácter inadecuado, fragmentado y obsoleto de los sistemas de salud mental en todo el mundo, y resaltó los efectos perjudiciales de las instituciones de salud mental, la falta de redes sociales cohesionadas y la insuficiencia de servicios de salud mental integrales y comunitarios. Destacó el llamado a la reforma de la Convención, del que también se había hecho eco la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, a través de la promoción de la salud mental y el bienestar, con los derechos humanos como elemento central y la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal¹.

8. La Subdirectora General Adjunta de la OMS destacó el reconocimiento por parte de los Estados de la importancia de ampliar el acceso a servicios de alta calidad y basados en los derechos, expresado en la Asamblea Mundial de la Salud, y la ampliación de las opciones para la ejecución del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS. Se refirió a las orientaciones exhaustivas de la OMS sobre el establecimiento y la ampliación de servicios de salud mental que respetaran los derechos humanos, presentadas en junio de 2021 como parte de la iniciativa Calidad y Derechos. Asimismo, anunció que la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) estaban elaborando nuevas orientaciones en materia de derechos humanos, legislación y salud mental, destinadas a apoyar la reforma.

9. La Consejera Adjunta de la Junta Directiva de la Red Europea de (ex) Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría, Stéphanie Wooley, expresó su preocupación por el proyecto de 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), 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, elaborado por el Comité de Bioética del Consejo de Europa, que legitimaría el tratamiento involuntario de las personas con discapacidades psicosociales y constituiría una vulneración de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. También destacó las leyes y prácticas que, en algunos países europeos, discriminaban a las personas con afecciones de la salud mental o discapacidades psicosociales y violaban sus derechos, agregando que esta situación se había intensificado durante la pandemia. Al respecto, dio ejemplos de países y regiones que estaban avanzando hacia el respeto por los derechos humanos en materia de salud mental, entre otras cosas mediante el reconocimiento de la capacidad jurídica, el apoyo para la adopción de decisiones y el derecho de voto. Estas prácticas prometedoras, que requerían la participación significativa y sistemática, de abajo arriba, de las personas con afecciones de la salud mental o discapacidades psicosociales tenían un costo mucho menor que la hospitalización forzosa y aportaban mayores beneficios. Refiriéndose a los retos que suponía la reproducción de estas prácticas, la Consejera Adjunta señaló la necesidad de aumentar los recursos disponibles y la autoridad de los mecanismos de supervisión y de los defensores del pueblo, e incluso concederles el mandato de supervisar todos los regímenes y centros cerrados.

¹ Resolución 74/2 de la Asamblea General.

10. El Ministro de Salud del Brasil, Marcelo Queiroga, en una declaración pregrabada en vídeo, reiteró la inequívoca adhesión de su país al derecho a la salud, recordando que, junto con Portugal, el Brasil había patrocinado resoluciones del Consejo de Derechos Humanos sobre derechos humanos y salud mental. Asimismo, destacó la Ley 10.216 como base de la reforma psiquiátrica de los últimos 20 años y la Ley Brasileña de Inclusión de las Personas con Discapacidad, e hizo hincapié en la necesidad de considerar la salud mental como parte integral e inseparable del derecho humano a la salud, así como los determinantes sociales de la salud mental. Señaló que el Gobierno de su país había tomado medidas para promover la atención de la salud mental comunitaria y ampliar el apoyo psicosocial en todo el país. Destacó que, en el Brasil, los servicios de salud pública se prestaban mediante un Sistema de Salud Unificado, que incluía todos los servicios de la red de salud mental. Como resultado de la política brasileña de salud mental, se había logrado el fortalecimiento de los centros, los servicios y las actividades de sensibilización entre el personal sanitario destinadas a reducir el estigma y los prejuicios. El panelista anunció que había planes para reforzar la atención urgente y de emergencia, la telemedicina y la atención de salud mental en la atención primaria de salud.

11. La Ministra de Salud de Portugal, Marta Temido, en una declaración pregrabada en vídeo, afirmó que, a pesar de que las afecciones de la salud mental son comunes, la salud mental seguía siendo un área desatendida en todo el mundo. Insistió en la necesidad de una acción colectiva para que la salud mental gozara del mismo tratamiento que la salud física. Resaltó que las personas con afecciones de la salud mental o discapacidades psicosociales sufrían múltiples violaciones que solían ocurrir a puertas cerradas. El estigma aún era un obstáculo importante para tener una atención de calidad y acceso a toda la gama de servicios. La Ministra subrayó la firme determinación de su país, junto con el Brasil, desde 2016, de abordar la cuestión de la salud mental en el Consejo de Derechos Humanos. Destacó el apoyo y la dedicación de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y de la OMS, en particular, la iniciativa Calidad y Derechos que había impulsado esta última. Afirmó que, si bien la Convención había sentado las bases de una reforma de la salud mental, respetuosa de los derechos de las personas con afecciones de la salud mental o discapacidades psicosociales, los Estados habían enfrentado grandes retos y necesitado orientación para que ese cambio de paradigma tuviera lugar. Enumeró las principales labores que estaba realizando Portugal a fin de ajustar las leyes, las políticas y la práctica a los derechos humanos, incluidas la reforma legal en curso, la mejora del acceso a la atención externa, la supervisión independiente de los centros de salud mental, y la participación de los usuarios de los servicios de salud mental y de las familias en los asuntos que les afectaban, por ejemplo, en las revisiones de la ley de salud mental junto con el equipo del Programa Nacional de Salud Mental.

B. Reseña de las ponencias: reforma de políticas públicas

12. La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental afirmó que el legado del colonialismo había configurado los sistemas de salud mental vigentes, dando lugar a las diferencias que se observaban dentro de un país y entre diferentes países, y había contribuido a generar efectos adversos para la salud. Señaló que todo firme propósito de apoyar la buena salud mental debía coincidir con el firme propósito de erradicar los sistemas de desigualdad que afectaban la salud general de las personas. Añadió que los conocimientos indígenas y tradicionales debían ser reconocidos e integrados en los sistemas de salud pública. La pobreza, la injusticia social, la desigualdad, la discriminación y la violencia causaban angustia mental, especialmente a quienes sufrían persecuciones por motivos de raza, género, orientación sexual, afiliación religiosa, clase social o discapacidad. Las reformas exigían reconocer a las personas usuarias como individuos con igualdad de derechos y reconocimiento ante la ley. Esto suponía garantizar la participación de las personas con enfermedades mentales o discapacidades psicosociales en la planificación, supervisión y evaluación de los servicios, en el fortalecimiento de los sistemas y en la investigación.

13. La panelista recalcó que la coerción, el tratamiento involuntario y el internamiento forzoso eran métodos obsoletos, ineficaces e incompatibles con los derechos humanos.

Destacó los deberes y las orientaciones en el marco de la Convención, elogió a la OMS por su iniciativa Calidad y Derechos, y dio ejemplos de modelos alternativos de servicios de salud mental, como los centros de apoyo entre pares, las salas sin medicación y las comunidades de recuperación. Reiteró que los tratamientos de salud mental que dependían en exceso de los medicamentos constituían un obstáculo importante para la observancia del derecho a la salud, como había expresado su predecesor. La Relatora Especial reiteró el pedido formulado por su predecesor a la OMS de que elaborara una nueva lista integral de intervenciones psicosociales y comunitarias esenciales, fundamentadas en pruebas y apoyadas y desarrolladas de conformidad con los principios basados en los derechos humanos, y de revisar la lista de medicamentos esenciales de la OMS con miras a eliminar de la lista los medicamentos para la salud mental cuya relación riesgo-beneficio no estuviera suficientemente comprobada. La Relatora Especial animó a los participantes a que trabajaran juntos para tener en cuenta las vulnerabilidades interseccionales y elaborar programas integrales que ayudaran a lograr mejores resultados de salud y mayor bienestar.

14. La Dra. Funk manifestó que, en el contexto mundial actual, las violaciones de los derechos humanos de las personas con afecciones de la salud mental o discapacidades psicosociales eran comunes, y estaban legitimadas en la política y la legislación. Para contrarrestar esta situación, los países debían incrementar la inversión en servicios de salud mental basados en los derechos, en los que no se emplearan prácticas coercitivas, como el internamiento o el tratamiento forzosos. Aseguró que el enfoque biomédico a menudo limitaba el tratamiento al diagnóstico y la medicación, dejando de lado las áreas importantes de la vida de las personas que eran la causa principal de las afecciones de la salud mental y cuyo abordaje resultaba esencial para posibilitar su recuperación. Entre otras áreas, cabía mencionar la inclusión en la comunidad, las relaciones, el sentimiento de pertenencia, las oportunidades de empleo y educación, la vivienda y la protección social, y el acceso más amplio a la atención de salud de calidad. En junio de 2021, la OMS presentó las *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos* y siete módulos de apoyo técnico. En las orientaciones, la OMS había demostrado que era posible crear servicios que respetaran los derechos y alcanzaran buenos resultados sanitarios y sociales, a menudo, a un costo comparable al de los servicios generales existentes o incluso menor. Además, procuró animar a los países a que desarrollaran y ampliaran estos servicios, prestándoles orientación para ello. Todos los servicios expuestos en las orientaciones seguían criterios específicos comunes, entre ellos el respeto por la capacidad jurídica de las personas y sus decisiones en cuanto a su recuperación, aun en momentos de crisis; la elaboración de una estrategia para poner fin a las prácticas coercitivas; y el fomento de la participación efectiva de personas que habían vivido esas experiencias.

15. La panelista enumeró algunas de las recomendaciones más importantes que la OMS había formulado a los países, entre ellas: aumentar la financiación de los servicios de salud mental y atención social basados en los derechos; armonizar los marcos jurídicos y de políticas con las normas internacionales de derechos humanos, incluida la Convención; crear capacidad en materia de salud mental, derechos humanos y discapacidad para todas las partes interesadas; y fortalecer la recopilación de datos. Si bien lamentó que los servicios basados en los derechos no fueran accesibles para todas las personas que los necesitaban, mantenía la esperanza de que se forjara un camino mejor a la luz de los servicios existentes, distribuidos en todo el mundo y armonizados con la Convención, que pudieran ser objeto de ampliación y transformarse en la base del sistema de salud mental. También reiteró la importancia de crear sistemas y marcos que reflejaran la firme determinación de abandonar las prácticas coercitivas, sin dejar a nadie atrás.

16. El Sr. Njenga afirmó que la mayoría de los sistemas y marcos de política de salud mental dimanaban de las leyes generales de salud que, a menudo, incluían una excepción al principio del consentimiento informado y normas distintas, que ofrecían menor protección, en el caso de los derechos de las personas con discapacidad; esto daba lugar al ingreso y el tratamiento forzosos solo para las personas con discapacidades psicosociales. Afirmó que la elaboración de un marco de capacidad jurídica basado en la Convención era una condición previa para introducir cualquier cambio fundamental en las políticas y los sistemas de salud mental, que debía incluir la reformulación de la capacidad jurídica y la incorporación del apoyo para la adopción de decisiones. Además, compartió experiencias de Kenya

y Zimbabwe, y destacó el papel y las ventajas de los grupos de apoyo entre personas que habían vivido experiencias en materia de adopción de decisiones y ejercicio de la capacidad jurídica. Los recursos de Calidad y Derechos de la OMS ayudaron a quienes se encargaban de formular y aplicar políticas a impulsar los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, promover la recuperación y la inclusión en la comunidad, y supervisar los servicios con indicadores basados en los derechos humanos. CBM Global había utilizado las herramientas para organizar reuniones con familias y líderes tradicionales y religiosos donde se había analizado la manera de prestar apoyo a las personas que se encontraban en situaciones difíciles, respetando sus derechos. El orador enfatizó la necesidad de comprender la salud mental desde la perspectiva del desarrollo, abordando los aspectos comunes de la salud mental y los determinantes sociales de la salud. Recordó la observación general núm. 7 (2018), sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representaban, en la aplicación y el seguimiento de la Convención del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y la necesidad de garantizar la participación efectiva de las personas con discapacidades psicosociales a través de las organizaciones que las representaban.

17. El Dr. Ijaz afirmó que, ante la crisis mundial de salud mental que se estaba produciendo, era fundamental centrarse en el apoyo basado en los derechos. El Centro Carter, los donantes bilaterales y las organizaciones multilaterales habían tenido la oportunidad de aprovechar los recursos y las alianzas para promover los derechos humanos, la democracia y la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo. Señaló la desconexión alarmante que existía entre los servicios de salud mental disponibles y la demanda, que se había acentuado durante la pandemia de COVID-19. Acogió con satisfacción las orientaciones y recomendaciones de la OMS para poner fin a las violaciones de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental, ya que constituían un marco que destacaba el papel de las comunidades y la recuperación en la planificación de políticas nacionales y mundiales. Describió el apoyo que el Centro Carter había estado prestando en Liberia desde 2010 para reformar los sistemas de salud mental, guiado por un enfoque de derechos humanos, que había incluido la formación de trabajadores de la salud y periodistas y la asistencia en la redacción de la primera ley destinada a mejorar la atención de la salud para las personas con afecciones de la salud mental y prevenir su discriminación. Subrayó que las organizaciones de personas que habían vivido esas experiencias eran fundamentales para defender los derechos humanos, la rendición de cuentas del gobierno y los presupuestos y recursos para unos servicios de salud mental de buena calidad. Afirmó que, en la actualidad, se tendía a asignar los fondos presupuestarios para la salud mental a los hospitales y las instituciones de psiquiatría, y que la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos implicaba asignar más fondos a los servicios de base comunitaria. Hizo hincapié en que los países debían tener la firme determinación de hacer de la salud mental una prioridad en materia de salud y desarrollo.

18. La Sra. Davidow compartió su experiencia personal y profesional para resaltar la importancia del apoyo entre pares. En este sentido, afirmó que, en 2013, en el marco de la Red de Pares de la Región Oeste de Massachusetts, había participado en la elaboración de la declaración de las funciones de los pares, que recogió los principios y derechos de la Convención, como el respeto a la dignidad de la persona, la priorización de la autodeterminación para tomar sus propias decisiones y la importancia de la inclusión en la comunidad y la participación significativa. La Sra. Davidow compartió información sobre el trabajo de su organización, que procuraba apoyar a las personas para que tomaran el control y, en particular, conservaran sus derechos de libertad y elección. También mostró en qué consistía el apoyo entre pares en Afiya House, presentado en las Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental de la OMS como uno de los pocos enfoques ejemplares basados en los derechos. El centro de apoyo entre pares ofrecía una alternativa a los centros psiquiátricos, a saber, una estadía en un entorno no clínico, que ayudaba a las personas a descubrir qué aspectos funcionaban correctamente y cuáles debían modificarse para poder vivir la vida en plenitud. El servicio no pretendía cambiar a las personas, sino que las apoyaba para que adquirieran herramientas de vida y una sensación de control sobre la angustia que a veces se interponía en el camino, sin dejar de ser ellas mismas, aunque eso supusiera vivir de una manera que no se ajustara a las expectativas de la sociedad. Este servicio ofrecía apoyo mientras las personas seguían trabajando o estudiando y mantenían el

acceso a su correo, con el objetivo de que pudieran pagar sus facturas y evitar así efectos devastadores a largo plazo en su vida. El apoyo también incluía abogar en favor de estas personas para evitar que su internamiento debiera resolverse en una audiencia judicial. Este aspecto del servicio en particular era de suma importancia, pues muchas personas debían enfrentar habitualmente una representación no equitativa y habían tenido malas experiencias con el sistema judicial; por ejemplo, debido a un tratamiento forzoso por orden judicial en un hospital o una institución, o a la pérdida de derechos y responsabilidades parentales. El servicio también prestaba apoyo a las personas que buscaban evitar o acortar un internamiento forzoso. El servicio enfrentaba diversos retos, como el de aumentar su capacidad para ayudar a más personas a evitar los centros de internamiento y otras violaciones de los derechos humanos. Otro de los retos era la contratación y retención de pares con alta calificación para prestar apoyo, pues existía la concepción errónea y discriminatoria de que el apoyo entre pares requería menos habilidades que el trabajo clínico. Este enfoque alternativo de apoyo entre pares para personas con conductas suicidas o que oían voces podía resultar también efectivo en cuanto al costo, e incluso dar autonomía a las personas y animarlas a romper el ciclo nocivo de ingresos hospitalarios repetidos.

C. Panorama de las presentaciones: aspectos clave de la reforma legal sobre la base de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

19. El Dr. Cutipé describió el proceso de reforma legal que inició el Perú en calidad de Estado parte en la Convención desde 2007, incluida la aprobación de la Ley General de las Personas con Discapacidad y la formulación de la Ley de Salud Mental en 2019. Resaltó el papel de la sociedad civil y de las organizaciones supranacionales en la defensa de las reformas legales, y en el diseño y puesta en marcha de los primeros servicios comunitarios de salud mental que habían aplicado la perspectiva de derechos humanos. En virtud de la Ley de Salud Mental, los determinantes sociales de la salud se consideraban elementos críticos para la protección de los derechos, tanto en lo que se refería a la promoción de la salud mental como a la prevención de los estados de angustia y su recuperación. En 2015, se había introducido un programa de financiación de servicios de salud mental basado en los resultados, coordinado entre los gobiernos nacionales, regionales y locales, con el objetivo de ampliarlo y ponerlo a disposición de todo el territorio nacional en 2026. En opinión del Dr. Cutipé, el mayor logro de las reformas legales en curso había sido el impulso dado al cambio de paradigma de la atención de la salud mental, pasando de uno que equiparaba la atención con los hospitales psiquiátricos y que se caracterizaba por la invisibilidad de la diversidad y la contención de los síntomas, a otro basado en los derechos humanos y la participación, y centrado en las personas y en sus necesidades de llevar una vida digna. Entre los desafíos que quedaban por resolver en la aplicación de las reformas legales, señaló las tensiones inherentes al legado de la colonización y las viejas ideas, incluidas las relativas a la “conducta irregular” y la “locura” y su contención y control, presentes en las nuevas leyes y normas. Esperanzado, señaló, sin embargo, que otros movimientos sociales que exigían justicia y reparación, como las asociaciones de víctimas de la violencia política ocurrida entre la década de 1980 y el año 2000 y, más recientemente, las organizaciones de sobrevivientes de la violencia de género, habían logrado equilibrar tensiones similares e impulsar la reforma legal. Además, señaló que las organizaciones de personas usuarias de servicios de salud mental y aquellas que no tenían acceso a la salud y la protección social necesitaban participar en las reformas. Aunque los primeros pasos que se habían dado hacia la reforma legal y política no eran suficientes para satisfacer las necesidades, estaban surgiendo nuevas posibilidades para un cambio de paradigma. Primero era necesario hacer tangible la aplicación de la Convención para la ciudadanía y la sociedad civil, a fin de generar apoyo para una segunda generación de reformas jurídicas que abonaran el propósito de la Convención.

20. La Sra. Weller describió las recomendaciones que surgieron del informe final reciente de la Comisión Real sobre el sistema de salud mental en el estado de Victoria (Australia). La Comisión Real se creó en 2019 al haber cada vez más conciencia de que el sistema de salud mental estaba condicionado por las crisis, era poco equitativo e inseguro, y dependía en exceso del tratamiento coercitivo, y que el propósito de la Ley de Salud Mental de 2014

no se había cumplido. En sus trabajos, la Comisión Real hizo un análisis empírico de todo el sistema y solicitó la orientación y las aportaciones de quienes habían vivido esas experiencias. El informe final enviado en 2021 incluía una hoja de ruta amplia para la transformación del sistema basada en los derechos humanos, con miras a garantizar que los servicios, la atención y el apoyo de la salud mental y el bienestar social fueran de alta calidad, es decir, apropiados, efectivos, integrados, asequibles y seguros. La Comisión Real reconoció que las prácticas restrictivas eran violaciones de los derechos humanos, y exigió que se tomaran medidas de inmediato para garantizar la eliminación de las prácticas de aislamiento e inmovilización en un plazo de 10 años. Este objetivo podría alcanzarse si se fijaran metas claras, se usaran enfoques alternativos y se prepararan informes exhaustivos sobre el uso y la supervisión de las prácticas de aislamiento e inmovilización mecánica y química. Tanto las personas usuarias como el personal médico se abocarían al diseño conjunto y a la ejecución de las iniciativas de reducción en cada servicio o unidad. La Comisión Real recomendó sustituir la Ley de Salud Mental de 2014 por una nueva ley de salud mental y bienestar, que ya estaba en proceso de redacción, como fundamento esencial de la transformación del sistema. La oradora explicó que había habido un cambio significativo en la forma en que se había concebido la facultad de imponer tratamientos obligatorios, a fin de apoyar la transición hacia un sistema que ya no se basara en la coerción. La Comisión Real había reconocido que el éxito de la legislación relativa a la salud mental radicaba, en gran medida, en su amplia comprensión y aceptación por la comunidad. El ejemplo dado demostró que la reforma de los sistemas de salud mental debía basarse en el respeto por los derechos humanos, el consenso, la colaboración y la compasión.

21. La Sra. Kamundia destacó el papel de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya en los diversos intentos por enmendar la Ley de Salud Mental de 1989, por ejemplo, mediante el Proyecto de ley de modificación de la Ley de Salud Mental de 2020. Luego de una primera lectura, el proyecto se remitió al Comité Departamental de Salud de la Asamblea Nacional y se sometió a examen en noviembre de 2021. La Comisión había hecho presentaciones al Parlamento sobre el proyecto de ley juntamente con organizaciones de personas con discapacidad. Algunas de las recomendaciones formuladas habían sido incorporadas al proyecto en consonancia con la Convención y la observación general núm. 1 (2014), sobre el igual reconocimiento como persona ante la ley, del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El proyecto de ley se centraba especialmente en la prestación de los servicios de salud mental comunitarios. La oradora lamentó que no se hubieran incorporado otras recomendaciones, y que el proyecto de ley siguiera contemplando el nombramiento de un representante en contra de la voluntad de la persona, el ingreso involuntario, y las medidas de aislamiento e inmovilización. La Comisión había propuesto que el proyecto de ley incluyera un apéndice aclaratorio del régimen de apoyo para la adopción de decisiones, para que no se malinterpretara como una forma de tutela, pero esa propuesta fue rechazada. La oradora señaló que las principales dificultades se habían originado en lo arraigado que estaba el modelo biomédico de discapacidad en el ámbito de la salud mental, y los prejuicios de algunos parlamentarios respecto de las afecciones de la salud mental y la toma de decisiones. Recalcó las oportunidades que había tenido la Comisión, entre ellas las de apoyar y ampliar iniciativas impulsadas por los usuarios, que habían demostrado a los encargados de formular políticas que las alternativas al modelo médico de atención de la salud mental funcionaban. Kenya fue el segundo país de África, después de Ghana, que adoptó la iniciativa Calidad y Derechos, y formó un comité de múltiples partes interesadas, dependiente del Ministerio de Salud, que incluía a agentes no gubernamentales, para promover su aplicación. La Sra. Kamundia destacó que, en 2019, el grupo de trabajo de salud mental creado para investigar la situación de la salud mental de los habitantes de Kenya había recomendado modificar la Ley de Salud Mental e incrementar las asignaciones presupuestarias para ese sector. Asimismo, se habían emprendido otros procesos de reforma legislativa relativos a leyes que afectaban a las personas con trastornos de la salud mental y que podían dar lugar a oportunidades de cambio positivo; este era el caso, por ejemplo, de las leyes que penalizaban el suicidio o las conductas asociadas a las crisis de salud mental. A modo de reflexión, señaló que hubiese sido muy útil contar con una orientación técnica específica para elaborar la ley en consonancia con la Convención. Además, subrayó la importancia de la participación, haciendo hincapié en que la Comisión trabajaba en estrecha colaboración con las organizaciones de personas con discapacidades psicosociales en todos

los procesos de toma de decisiones, incluida la modificación de la ley de salud mental, teniendo presente lo dispuesto en el artículo 4, párrafo 3, de la Convención.

22. La Sra. Kayess afirmó que garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial era un área crítica de la modificación de la ley que debía haberse abordado hacía mucho tiempo. Recordó los resultados y las recomendaciones de la consulta realizada por el ACNUDH en 2018 para identificar las estrategias destinadas a promover los derechos humanos en la salud mental² y la oportunidad de fortalecerlas. Señaló que el modelo biomédico de la discapacidad consideraba que las personas con discapacidades psicosociales no podían ser titulares de derechos, sino objetos de tratamiento, gestión y control. Y, lo que era peor, la denegación de los derechos a las personas con discapacidad se formuló como una “salvaguarda” de la persona que sufría angustia o de la comunidad que la percibía como una persona peligrosa. La Convención estableció los principios y las normas que consagraron el reconocimiento de las personas con discapacidades psicosociales como titulares de derechos, por lo que las deficiencias no representaban una base para la disminución o limitación de los derechos. La Sra. Kayess insistió en que la reforma legal debía garantizar que todos los derechos y libertades fundamentales se aplicaran a todas las personas por igual. Aclaró algunos aspectos claves de la Convención, entre ellos el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidades psicosociales; la participación genuina de las personas con discapacidades psicosociales y de las organizaciones que las representaban como expertos en salud mental y participantes activos en el diseño de los sistemas de apoyo a la salud mental; la prohibición de recluir a una persona en razón de una deficiencia y el reconocimiento explícito del principio del consentimiento libre e informado para la atención de la salud; la protección de la seguridad e integridad personal de las personas con discapacidad psicosocial; las alternativas comunitarias a la institucionalización; y la reforma del acceso a la justicia para permitir el resarcimiento y la reparación. Los países también debían permitir la participación de las organizaciones de personas con discapacidades psicosociales, entre otras cosas, mediante la financiación y formulación de estrategias, como mecanismo consultivo permanente de las personas con discapacidad. Debían crearse mecanismos de prevención que además tuvieran facultades de supervisión de los lugares de reclusión en los que se encontraran las personas con discapacidades psicosociales. La Sra. Kayess recordó que, a los fines de orientación, los Estados podían remitirse a las observaciones generales del Comité y a sus directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad. Sin una reforma legal, no sería posible lograr una sociedad en la que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales pudieran hacerse plenamente efectivos.

23. El Sr. Quinn describió de qué manera, en el inicio, las leyes de salud mental habían sido un campo separado caracterizado por las prácticas coercitivas y la pérdida de derechos de las personas. No obstante, la aprobación de la Convención hizo imperativo que las leyes tuvieran en cuenta la personalidad y los derechos. Las respuestas en materia de derechos humanos a los conocidos abusos de la psiquiatría y el internamiento involuntario de personas con afecciones mentales habían registrado dos momentos principales. En el primero, se había procurado controlar la pérdida de derechos con salvaguardas objetivas. En el segundo, que se había iniciado con la aprobación de la Convención, se había cuestionado el problema central de la invisibilidad en tanto persona y las desigualdades resultantes. La igualdad de trato prevista en la Convención había significado la eliminación radical de las leyes y políticas coercitivas que despojaban a las personas con discapacidad de su libertad y prevenían la aplicación de medidas coercitivas. El Sr. Quinn afirmó que el campo de la salud mental había estado caracterizado por la medicación excesiva, e hizo hincapié en que las leyes y políticas heredadas que habían habilitado las prácticas coercitivas debían quedar sin efecto y, en su reemplazo, debían aprobarse nuevas leyes que garantizaran el respeto de la personalidad y la igualdad. Alentó a los países a mirar hacia el futuro en esta nueva etapa de reforma de los derechos humanos, y elogió a la OMS por resaltar las medidas positivas que los Estados habían estado adoptando en ese sentido. Asimismo, reiteró su llamamiento, junto con el de muchos otros —incluido el Presidente del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad—, a disuadir al Consejo de Europa de aprobar el proyecto de protocolo adicional al Convenio de Oviedo propuesto. Por último, afirmó que los Estados

² A/HRC/39/36.

debían considerar a las personas con discapacidad como aliados deseosos de innovar y contribuir a imaginar nuevas políticas para un futuro muy diferente y de colaboración.

24. El Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes recalcó la necesidad urgente de derogar las leyes que autorizaran el internamiento de personas con discapacidad en razón de esta, y de garantizar la revisión periódica de cualquier decisión que implicara la institucionalización, incluida la supervisión independiente ofrecida por los expertos en derechos humanos, las instituciones nacionales de derechos humanos, los mecanismos nacionales de prevención, la sociedad civil y los mecanismos internacionales. Señaló que los Estados debían promulgar leyes relativas al reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y al apoyo para la adopción de decisiones. La capacidad jurídica tenía que estar intrínsecamente vinculada a un enfoque de vida y apoyo basado en la comunidad, y la vida independiente en la comunidad tenía que ser reconocida como un derecho. Agregó que los Estados debían facilitar la desinstitucionalización mediante la incorporación de leyes de asistencia social y de una serie de servicios de apoyo a las personas que los requirieran. El Relator Especial puso de relieve la necesidad crucial de elaborar directrices sobre el consentimiento libre e informado y el efecto del internamiento sobre el tratamiento y sobre las condiciones de vida de las personas con discapacidad psicosocial. Además, señaló que era necesario formar y sensibilizar adecuadamente a los agentes de la ley y 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 que se brindara 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.

25. Se proyectó un vídeo con el poema escrito y leído por Erin May Kelly titulado “The Power of Purpose”, que puso de relieve la experiencia de muchas personas que habían sido víctimas de prácticas coercitivas y de trato inhumano en los servicios de salud mental, en especial en entornos institucionales. El vídeo subrayó el efecto positivo de los servicios de salud mental cuando respondían verdaderamente a las necesidades y los derechos de las personas.

D. Declaraciones de los representantes de los Estados Miembros y otras partes interesadas

26. Durante el debate posterior hicieron uso de la palabra los representantes de Colombia, Costa Rica, Israel, Malasia, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Timor-Leste.

27. También hicieron uso de la palabra representantes de los siguientes órganos de tratados, organismos intergubernamentales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de personas con discapacidad y el mundo académico: la Vicepresidenta del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; la Comisión Europea de Ciudadanos por los Derechos Humanos; el Centre for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry; el Centre for Mental Health Law and Policy; la Unión Europea; Hope for the Abused and Battered; Human Rights Watch; la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa; la Federación Mundial de Salud Mental; la Universidad de Glasgow y la Universidad de Nottingham.

28. Se recibieron comunicaciones por escrito de las siguientes instituciones: American Psychology Association; Centre for Mental Health Law and Policy; Indian Law Society; Ohaha Family Foundation; y Lene Søvold, en su calidad de psicóloga clínica y asesora de salud mental.

29. Los representantes de numerosos Estados reiteraron que la pandemia de COVID-19 había afectado de manera desproporcionada la salud mental de las personas con afecciones de la salud mental o discapacidades psicosociales y otros grupos marginados. La marginación se había traducido directamente en limitaciones del acceso a la educación y los servicios de salud. Los Estados expresaron su firme determinación de mejorar la salud mental de las poblaciones y compartieron información sobre las medidas que habían adoptado para

incrementar el acceso a los servicios de salud mental; algunas de ellas estaban relacionadas específicamente con el período de la pandemia. La pandemia era un recordatorio de la importancia fundamental de la salud y la interdependencia de los derechos. Los Estados también resaltaron las revisiones jurídicas en curso, las reformas logradas y las iniciativas para desarrollar los servicios de salud mental prestados en la comunidad. Los Estados reconocieron que la salud mental era un tema de gran preocupación para la salud pública, como también lo era el hecho de garantizar que las personas con afecciones de la salud mental o con discapacidades psicosociales pudieran ejercer sus derechos, y pidieron orientación al respecto. Solicitaron apoyo técnico a la OMS y al ACNUDH para armonizar mejor la legislación, las políticas y los servicios con la Convención. Agregaron que el papel fundamental que desempeñaban las personas con discapacidades psicosociales en la formulación de políticas tendría que estar reconocido; y que era esencial atender las necesidades específicas de los grupos marginados o en situación de vulnerabilidad, como las mujeres, las niñas, los jóvenes, las personas privadas de libertad, los migrantes, las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, *queer*, intersexuales, las personas con género diverso y otras personas en situación de vulnerabilidad. Los Estados destacaron que la salud mental debía ser una consideración central en los planes de recuperación de la pandemia de COVID-19, lo que incluía garantizar el lugar de la salud mental en las políticas nacionales e internacionales, y el cumplimiento de las normas y convenciones internacionales vigentes.

30. La Representante de la Comisión de Asuntos Sociales, Salud y Desarrollo Sostenible de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa y Relatora del informe sobre la desinstitucionalización de las personas con discapacidad, Reina De Bruijn-Wezeman, anunció con pesar que, luego de 15 años desde la aprobación de la Convención, aún no se había eliminado la discriminación por razón de una deficiencia, en particular el internamiento involuntario. Sostuvo que los Estados Partes debían revisar su legislación para respetar y defender todos los derechos de las personas con discapacidad, incluido el igual reconocimiento como personas ante la ley. Expresó con preocupación que el proyecto de protocolo adicional al Convenio de Oviedo estaría legalizando la adopción de medidas sin el consentimiento informado de la persona que recibía atención de la salud mental, en marcado contraste con las disposiciones de la Convención. Expresó la oposición de la Asamblea Parlamentaria y de la Comisaria para los Derechos Humanos del Consejo de Europa a la propuesta.

31. Los representantes de la sociedad civil acogieron con satisfacción el creciente interés por los derechos y destacaron la importancia de un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos. Señalaron que era el momento de avanzar con la aplicación de la Convención, en particular respecto del apoyo para la adopción de decisiones. Varios panelistas pidieron más pautas para reorientar su trabajo en torno a los derechos. Otros señalaron que el seguimiento del progreso mediante los indicadores de derechos humanos era fundamental y que la OMS y el ACNUDH —en especial esta última, que había elaborado indicadores de derechos humanos con arreglo a la Convención— podrían prestar apoyo en este sentido. Haciéndose eco de algunas de las opiniones de los panelistas, varios participantes destacaron que aún se cometían graves violaciones y abusos en los sistemas de salud mental, incluido el tratamiento involuntario. Las dificultades eran mayores para quienes eran objeto de discriminación racial, exclusión política y marginación. Algunos participantes destacaron que en varios países del mundo aún persistía el uso documentado de cadenas y grilletes, e incluso el estudio de caso de un país había revelado que entre el 70 % y el 90 % de las personas no tenían acceso a la atención de salud mental. Los representantes instaron a los Estados a que impartieran formación a los proveedores de servicios para garantizar el respeto de los derechos humanos y la plena comprensión del alcance de la Convención y de los derechos que esta procuraba proteger. Los panelistas destacaron que la falta de entendimiento y conocimientos de los profesionales, el personal médico y los responsables políticos acerca del modelo de la discapacidad basado en los derechos humanos constituía un gran obstáculo que era necesario superar. También hicieron referencia a la criminalización de la discapacidad y a las prácticas policiales injustas que apuntaban en forma desproporcionada a las personas con afecciones de la salud mental en razón de su estado de salud, y no de sus delitos.

32. Los participantes de la sala se unieron al llamamiento para que los Estados rechazaran el proyecto de protocolo adicional al Convenio de Oviedo. Recordando el lema del Día

Mundial de la Salud Mental, “Salud mental en un mundo desigual”, los panelistas subrayaron la importancia de abordar los derechos humanos y asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud. Señalaron que también existían ejemplos concretos de servicios que funcionaban, como los expuestos en las orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental basados en los derechos, publicadas recientemente por la OMS en el marco de su iniciativa Calidad y Derechos. Expresaron su preocupación por el hecho de que los países de altos ingresos parecían ir a la zaga de muchos otros con respecto a la aplicación de enfoques de derechos humanos en los sistemas de salud mental y preguntaron cómo se podría acelerar el cambio. Los panelistas convinieron en que las personas con discapacidades psicosociales debían participar de pleno derecho en la formulación de las políticas y en todas las decisiones que les concernieran, dado que sus aportaciones podían ser muy valiosas.

E. Clausura

33. La Directora de Transforming Communities for Inclusion, Bhargavi Davar, acogió con satisfacción las reformas de la política de salud mental, pero advirtió que solo eran una parte de las reformas más amplias necesarias para garantizar los derechos y la inclusión. Describió su propia historia personal para ejemplificar que un grupo específico de personas con discapacidad había sufrido más de un siglo de traumas intergeneracionales, tortura y dolor a causa de la opresión sistémica colectiva de los servicios de salud mental. No bastaba con poner fin a la violencia y la coacción en los sistemas de salud mental, ni con ofrecer servicios de salud mental de buena calidad. Para lograr la plena inclusión en la comunidad de las personas con afecciones de la salud mental, también era necesario poner fin a los modelos políticos arcaicos que erosionaban intrínsecamente la calidad de vida y el bienestar. La oradora hizo notar que la inclusión era imposible de lograr si el acceso a otros servicios, como la vivienda y el seguro, seguía dependiendo del sistema de salud mental. Los daños que habían sufrido las personas con discapacidades psicosociales en razón de su discapacidad merecían reconocimiento y reparación, y a este fin se podría adoptar un enfoque similar al utilizado en el caso de los daños causados por el racismo y los sufridos por los pueblos indígenas y otras personas oprimidas. Los Estados debían crear mecanismos de reparación y rendición de cuentas por los errores cometidos en el pasado.

34. El movimiento social de las personas con discapacidades psicosociales, en colaboración con los movimientos de personas con distintos tipos de discapacidad de todo el mundo, estaba utilizando la Convención para descolonizar y desmedicalizar sus vidas, mediante la creación de oportunidades para participar en una implicación comunitaria integrada y la contribución a su desarrollo. El movimiento de personas con discapacidades psicosociales había apoyado las reformas propuestas para la atención de la salud mental como una medida de reducción de daños, aunque, en realidad, su verdadero objetivo era la creación de una comunidad de intercambio de prácticas en torno a la inclusión, más que un “buen tratamiento”. Esto suponía la participación de las familias, los grupos y servicios de apoyo y otros círculos de atención, donde la atención de la salud apoyara la inclusión en todos los ámbitos de la vida y donde hubiera acciones públicas coordinadas e interinstitucionales para prestar apoyo en materia de vivienda, empleo, deporte, autocuidado, relaciones, esparcimiento y familia.

35. La Directora de la División de Compromisos Temáticos, Procedimientos Especiales y Derecho al Desarrollo del ACNUDH, Peggy Hicks, agradeció al Brasil y Portugal por haber impulsado los debates sobre salud mental y derechos humanos en el Consejo de Derechos Humanos. Afirmó que la comunidad mundial inevitablemente había tenido que centrar su atención en los efectos devastadores de la pandemia de COVID-19 en la salud física y mental de millones de personas. Aunque todo el mundo se había visto afectado por el estrés y el temor que causó la pandemia, las personas con enfermedades mentales y discapacidades psicosociales preexistentes se vieron especialmente afectadas, tanto por el aumento de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud mental como por las consecuencias a largo plazo. La Directora señaló la pertinencia del informe del Secretario General titulado “Nuestra Agenda Común” para la salud mental. En ese informe, el Secretario General había pedido renovar el contrato social, para restaurar la confianza y abrazar una concepción amplia de los derechos humanos. La oradora destacó algunos elementos constitutivos básicos para el

fortalecimiento de los sistemas de salud mental, tomando como eje los derechos humanos. Entre ellos cabía mencionar el poner fin a la violencia, a la privación de la libertad y al tratamiento forzoso por motivos de discapacidad —real o percibida— que aún persistían en los sistemas. Animó a los Estados a armonizar los marcos jurídicos y políticos con la Convención, y destacó que la información disponible seguía demostrando la necesidad de acabar con las medidas coercitivas, y de buscar alternativas acordes con los derechos, a fin de evitar el internamiento y el tratamiento involuntarios.

36. La panelista expresó su preocupación por el proyecto de protocolo adicional al Convenio de Oviedo que permitiría el tratamiento forzoso y vulneraría las garantías que consagraba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que había ratificado la mayoría de los Estados miembros del Consejo de Europa. Reiteró que las leyes que negaban el igual reconocimiento como persona ante la ley por motivos de discapacidad, en particular por estar bajo tutela o curatela, eran discriminatorias y, por lo tanto, estaban prohibidas. Destacó el papel de las personas con discapacidades psicosociales o con afecciones de la salud mental y de sus organizaciones como agentes de su propia recuperación. La pandemia había ofrecido la ocasión de que los gobiernos empezaran a reconocer las violaciones, y a garantizar recursos y reparaciones efectivas para las víctimas y supervivientes de ciertas formas de abuso en entornos de atención de salud, en particular, las que podrían trascender el mero maltrato y equivaler a tortura o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Con la continuidad de la pandemia de COVID-19, los servicios sanitarios habían necesitado mejorar la sostenibilidad y abordar los problemas fundamentales de la salud, incluida la salud mental, de manera integrada, aplicando un enfoque pangubernamental y pansocial.

III. Conclusiones y recomendaciones

37. Los panelistas coincidieron en que los derechos humanos debían ser el eje de todos los debates y las acciones en torno a la salud mental, y recordaron que no había salud sin salud mental. Diversos representantes expresaron que el punto de partida era el derecho internacional de los derechos humanos y, en concreto, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que enmarcaba las obligaciones jurídicas, las políticas y las prácticas en todos los sectores pertinentes en materia de salud mental, y servía como herramienta de aplicación, ofrecía una visión y proporcionaba un lenguaje del cambio. A fin de garantizar el cumplimiento de la Convención, era necesario el compromiso político de los países, que luego se reflejaría en las políticas, las leyes y los servicios basados en los derechos. Uno de los ponentes señaló que una de las grandes dificultades para aplicar la Convención era la manera de ofrecer y crear los servicios de apoyo necesarios que permitieran a las personas con afecciones de la salud mental o con discapacidades psicosociales tomar decisiones y acceder a los servicios de salud o sociales. Era fundamental financiar y promover enfoques basados en los derechos, y contar con la participación significativa de las personas con discapacidad y las organizaciones que las representaban en todos los niveles de la adopción de decisiones relativas a la salud mental. Los ponentes recalcaron que los Estados debían cumplir sus obligaciones a fin de garantizar que todas las personas que necesitaran servicios pudieran tener acceso a ellos. Los Estados también debían velar por que la información de salud pública estuviera a disposición de todas las personas en formatos accesibles, ya que muchos jóvenes quedaban al margen.

38. La mayoría de los oradores mencionaron la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud, y de llegar a las personas socialmente marginadas o que habían sufrido discriminación, también por causas de edad, raza y discapacidad. Muchos pusieron de relieve que el progreso solo sería posible si se atendieran las desigualdades en las políticas, las leyes y los servicios, y coincidieron en que se advertía una voluntad de invertir en la lucha contra los determinantes sociales de la salud para superar los efectos de la pandemia, así como en los servicios de base comunitaria. Celebraron el hecho de que los debates en torno a la salud mental desde la perspectiva de los derechos de las personas con discapacidad hubieran dado más amplitud al tema, de manera que no solo abarcara la salud sino también el sector social en su conjunto, e incluyera el derecho a vivir de manera independiente en la comunidad. Los oradores coincidieron en señalar la importancia de las actividades de fomento de la

capacidad, la adquisición de competencias y comprensión sobre el terreno para la transformación de los sistemas, y también coincidieron en la necesidad de impartir educación en materia de derechos humanos a todos los profesionales de la salud y las partes interesadas, incluidas las personas que habían vivido esas experiencias. El material que proporcionó la OMS en el marco de su iniciativa Calidad y Derechos, sumado a la plataforma de formación en línea, que comenzaría a funcionar en 2022, serviría de apoyo a los países y promovería nuevas investigaciones para generar soluciones basadas en pruebas. Los panelistas pusieron de relieve la necesidad de promover el cambio de actitud y la toma de conciencia, también entre los profesionales del derecho, a fin de reducir el estigma y superar el predominio del modelo médico de la discapacidad.

39. Los panelistas destacaron la necesidad de reforzar el control independiente y las instituciones nacionales, así como de hacer efectivo el artículo 32 de la Convención sobre cooperación internacional, para un mejor intercambio de prácticas y conocimientos prometedores sobre los servicios en diferentes contextos. Destacaron la importancia de educar a las personas con afecciones de la salud mental en cuestiones relativas a la pérdida de poder y control. Varios panelistas reiteraron que cambiar la opresión sistémica, buscar a las personas más marginadas de la sociedad y empoderarlas daría lugar a mejoras sociales que beneficiarían a todos. Se planteó la necesidad de cambiar el lenguaje que enmarcaba las afecciones de la salud mental; por ejemplo, el término “enfermedad mental” daba una idea muy estrecha de las necesidades de las personas, y reforzaba la idea de la profunda pérdida de poder y control de quienes utilizaban los servicios de salud mental. Algunos panelistas se sumaron al llamamiento urgente a oponerse al proyecto de protocolo adicional al Convenio de Oviedo que se hizo a los Estados miembros del Consejo de Europa.

40. A la luz de los debates, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos formuló las siguientes observaciones y recomendaciones dirigidas a los Estados y todas las demás partes interesadas pertinentes, incluido el personal de la salud, sobre la manera de armonizar, según proceda, las leyes, políticas y prácticas relativas a la salud mental con las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y sobre la forma de aplicarlas:

a) Los Estados deberían llevar a cabo una reforma de las leyes con arreglo a la Convención en todos los ámbitos referidos a la salud mental, que abarque, entre otros temas, la lucha contra la discriminación, la capacidad jurídica y la justicia penal, la educación, la salud, la protección familiar y el derecho de familia. Deberían emprenderse amplias reformas de las leyes y las políticas con un enfoque basado en los derechos humanos, velando por que todas las personas tengan garantizados los mismos derechos y el mismo reconocimiento ante la ley. Las recomendaciones y los comentarios generales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ofrecen una orientación útil en este sentido;

b) En lo que respecta a los sistemas de salud mental, los Estados deberían adoptar medidas para garantizar que toda persona que requiera apoyo en materia de salud mental sea reconocida, ante todo, como persona, en concordancia con el modelo de la discapacidad basado en los derechos humanos. A lo largo de la consulta, los participantes reiteraron la necesidad de disponer de orientaciones para llevar a cabo las reformas de la legislación y las prácticas relacionadas con la salud mental a fin de garantizar su conformidad con la Convención. Los Estados pueden recurrir al apoyo técnico del ACNUDH y de la OMS en este sentido, y consultar también los materiales proporcionados a través de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS y las orientaciones basadas en los derechos relativas a la legislación de salud mental de próxima publicación;

c) A partir de las obligaciones en virtud de la Convención, los Estados deberían derogar en la legislación y en la práctica todas las disposiciones relativas a la institucionalización forzosa y al régimen de sustitución en la adopción de decisiones. El compromiso de los Estados en favor de la desinstitucionalización debería incluir el fin de la práctica de tratamientos involuntarios, la promoción del apoyo para la adopción de decisiones y la creación de servicios de salud mental basados en los derechos dentro de la comunidad. Además, se deberían hacer esfuerzos para brindar servicios de apoyo individualizados que ofrezcan a las personas diversas opciones como la atención

domiciliaria, los servicios de asistencia para la vida cotidiana o la asistencia personal. Estas medidas deberían ir acompañadas de otros cambios estructurales para enfrentar los obstáculos a la inclusión en la comunidad, y evitar el aislamiento o la segregación de esta. La salud mental se solapa con los factores sociales, económicos y ambientales básicos determinantes de la salud. Los Estados deberían esforzarse simultáneamente por abordar los derechos interrelacionados que contribuyen a una vida independiente, como la vivienda, la educación inclusiva y el empleo. El enfoque de los sistemas y servicios de salud mental debería ampliarse más allá del modelo biomédico, e incluir un enfoque integral que tome en consideración todos los aspectos de la vida de una persona;

d) Los Estados deberían asegurarse de que el lenguaje empleado en todos los ámbitos, incluidos el derecho y la salud, especialmente en relación con la discapacidad y la salud mental, refleje un modelo de derechos humanos que no refuerce el estigma, los prejuicios o el capacitismo;

e) Los Estados deberían tomar medidas para garantizar que las personas con afecciones de la salud mental y discapacidades psicosociales tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás y puedan obtener reparación y resarcimiento. Los Estados deberían adoptar medidas simultáneamente, con miras a crear y poner en práctica una justicia innovadora, inclusiva y centrada en la persona;

f) En consonancia con la Convención, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal, los Estados deberían adoptar medidas tendientes a reducir las desigualdades en el acceso y la prestación de los servicios de salud, y a aumentar el acceso a los servicios sanitarios de alta calidad, incluidos los servicios de apoyo a la salud mental y psicosocial. Los Estados deberían identificar y eliminar los obstáculos que impiden el acceso a los servicios de salud de alta calidad; deberían ampliar los programas de formación y fortalecer la capacidad del personal sanitario para superar los obstáculos y mejorar la calidad de los servicios. Los Estados deberían proporcionar una gama amplia y diversa de servicios de salud mental y apoyo psicosocial seguros y de alta calidad orientados a la recuperación;

g) Los Estados deberían garantizar que la salud mental y los derechos humanos estén en el centro de los planes de recuperación de la pandemia de COVID-19, y que se tenga en cuenta la situación específica de los grupos marginados o en situación de vulnerabilidad, como las mujeres, las niñas, los jóvenes, las personas privadas de libertad, las personas migrantes y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, *queer*, intersexuales y de género diverso;

h) Los Estados deberían prestar apoyo a las instituciones nacionales de derechos humanos, e incluso asignar los recursos adecuados para supervisar y evaluar la calidad, la eficacia y el carácter inclusivo de los servicios de salud para las personas con discapacidad. Los Estados deberían garantizar, en la legislación y en la práctica, que el mecanismo independiente competente materia de prevención de la tortura tenga el mandato de supervisar todos los “régimenes y centros cerrados”, entendidos en sentido amplio, en los que se pueda internar a las personas con discapacidad. Los Estados también deberían incluir en la supervisión a personas externas expertas con experiencia en diferentes áreas, incluidas personas que hayan vivido experiencias en esta esfera. Los Estados deberían usar indicadores de derechos humanos para supervisar los progresos realizados en la aplicación de la Convención;

i) Los Estados deberían asegurarse de que las personas con discapacidades psicosociales y afecciones de la salud mental tengan una destacada participación en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud mental, en el fortalecimiento del sistema de salud mental, en el cambio de las políticas y en las investigaciones pertinentes. Los Estados deberían garantizar a las personas con discapacidades psicosociales y afecciones de la salud mental la igualdad de oportunidades en el acceso a la educación y la formación. Los Estados deberían facilitar y promover la organización y participación de los usuarios de los servicios de salud mental y esforzarse por llegar, especialmente, a quienes no puedan acceder a la atención sanitaria y a la protección social. Los Estados deberían promover el desarrollo de los

servicios de apoyo entre pares en los servicios de salud mental y garantizar que los servicios tomen en consideración la experiencia vivida por las personas con discapacidad y respondan a sus necesidades;

j) Todos los Estados partes en la Convención 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, como se pide en la Convención. En particular, se insta a los Estados a que vuelvan a examinar desde esta perspectiva el proyecto de protocolo adicional al Convenio de Oviedo que está estudiando el Consejo de Europa, y a que consideren la posibilidad de oponerse a su aprobación y solicitar que se retire el proyecto.
