



Asamblea General

Distr. general
31 de enero de 2017
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

34º período de sesiones

27 de febrero a 24 de marzo de 2017

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

En el presente informe, solicitado por el Consejo de Derechos Humanos en su resolución 32/18, se indican algunos de los principales problemas que enfrentan los usuarios de los servicios de salud mental, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial. Entre estos figuran el estigma y la discriminación, la vulneración de derechos económicos, sociales y de otro tipo y la negación de la autonomía y de capacidad jurídica.

El Alto Comisionado recomienda en el informe introducir una serie de cambios de política, que contribuirían a hacer plenamente efectivos los derechos de esos grupos, como la inclusión sistemática de los derechos humanos en la política y el reconocimiento de la autonomía, la capacidad de actuar y la dignidad de las personas. Entre los cambios propuestos figuran medidas destinadas a mejorar la calidad de los servicios de salud mental, poner fin al tratamiento y la institucionalización involuntarios y crear un entorno jurídico y normativo propicio a la realización de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Terminología y antecedentes.....	3
III. El marco del derecho a la salud.....	4
IV. Problemas que tienen consecuencias para los derechos humanos en el campo de la salud mental.....	5
A. La experiencia de vivir con problemas de salud mental	6
B. Problemas sistémicos relacionados con la salud mental	8
V. El enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos en el contexto de la salud mental.....	9
A. Igual reconocimiento como persona ante la ley.....	10
B. La prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de deficiencia.....	11
C. El tratamiento forzoso: la medicación forzosa, la sobremedicación y las prácticas nocivas durante la privación de la libertad.....	12
VI. Trazar el camino a seguir	12
A. Enfoque basado en los derechos humanos.....	13
B. Buenas prácticas	16
C. Asistencia técnica y fomento de la capacidad.....	18
VII. Conclusiones	19

I. Introducción

1. El Consejo de Derechos Humanos aprobó el 1 de julio de 2016 la resolución 32/18 sobre salud mental y derechos humanos, en que solicitaba al Alto Comisionado que preparara un informe sobre la integración de una perspectiva de derechos humanos en la salud mental y sobre la realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial, incluidas las personas que utilizan los servicios de salud mental y comunitarios, y que se lo presentara en su 34º período de sesiones. El Consejo precisó que el informe debía señalar los problemas existentes y las buenas prácticas que fueran apareciendo, formulara recomendaciones a ese respecto y señalara formas de fortalecer la asistencia técnica y el fomento de la capacidad, teniendo en cuenta las actividades y experiencias existentes en esta esfera.

2. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) invitó a presentar comunicaciones a una serie de partes interesadas, en particular Estados miembros, titulares de mandatos de los procedimientos especiales, órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y organizaciones de la sociedad civil, y recibió un total de 40 comunicaciones, 18 de ellas presentadas por Estados Miembros¹. Aunque el Alto Comisionado no identifica las comunicaciones individuales, estas han sido una fuente importante de la investigación en que se basa el informe, particularmente en lo que respecta a los problemas y las recomendaciones.

3. Dado el extenso alcance de la resolución, así como la naturaleza esencialmente amplia de las agendas de derechos humanos, salud mental y discapacidad, el informe procura ofrecer una visión general de algunos de los problemas más relevantes de los grupos identificados en la resolución, del marco normativo aplicable a sus derechos humanos y de las normas y prácticas que podrían impulsar su plena realización. El informe también formula recomendaciones en esos campos, así como en relación con la creación de capacidad y el apoyo técnico.

II. Terminología y antecedentes

4. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano fundamental, imprescindible para el ejercicio de los demás derechos humanos². La salud denota un estado de total bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades³. Cabe definir la salud mental como un “estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”⁴. En el caso de los niños y los adolescentes, la salud mental se refiere a “la capacidad de alcanzar y mantener un grado óptimo de funcionamiento y bienestar psicológicos”⁵.

¹ Se recibieron comunicaciones de los siguientes Estados Miembros: Alemania, Arabia Saudita, Australia, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Egipto, Guatemala, Hungría, Irlanda, Jamaica, Mónaco, Omán, Países Bajos, Portugal, Qatar, República de Moldova y Serbia.

² Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 1.

³ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, preámbulo.

⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>.

⁵ Sudáfrica, Departamento de Salud, *Policy Guidelines: Child and Adolescent Mental Health* (2001), pág. 4.

5. Hay que distinguir claramente tres categorías de las que menciona la resolución 32/18: las personas que utilizan los servicios de salud mental (usuarios efectivos o potenciales de servicios de salud mental y servicios comunitarios), las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidades psicosociales, a saber, aquellas que, con independencia de cómo se autodefinan o del diagnóstico de un problema de salud mental, soportan restricciones al ejercicio de sus derechos y ven obstaculizada su participación en razón de una deficiencia, real o supuesta. Estas categorizaciones pueden solaparse: un usuario de los servicios de salud mental puede no padecer un problema de salud mental y algunas personas con problemas de salud mental pueden no ver restringida ni obstaculizada su plena participación en la sociedad. Las agrupaciones no deberían condicionar o menoscabar la protección de los derechos que les asisten en virtud de las normas de derechos humanos, incluidos los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

III. El marco del derecho a la salud

6. El derecho a la salud está reconocido, ya sea expresa o tácitamente, en varios instrumentos de derechos humanos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12), la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (art. 25) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (arts. 10 h); 11, párr. 1 f); 11, párr. 2; 12 y 14, párr. 2 b)). Se trata de un derecho inclusivo que abarca tanto la atención de salud oportuna y apropiada como los principales factores determinantes de la salud⁶. En el caso de la salud mental, constituyen factores determinantes el bajo nivel socioeconómico, la violencia y los abusos, las experiencias negativas en la infancia, el desarrollo en la primera infancia y el hecho de contar o no con relaciones solidarias y tolerantes en la familia, el lugar de trabajo y otros entornos.

7. El derecho a la salud conlleva libertades (como la de controlar la propia salud y el propio cuerpo y el derecho a no padecer injerencias, a no ser sometido a torturas o a tratamientos médicos no consensuales) y prerrogativas (como el derecho a un sistema de salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud)⁷. Si bien la realización del derecho a la salud es progresiva, en razón de las limitaciones de recursos, el componente de libertad que entraña ese derecho no está condicionado al logro progresivo ni a la disponibilidad de recursos⁸.

8. Los Estados partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales tienen la obligación básica de cumplir los niveles mínimos esenciales de cada uno de los derechos. Entre las obligaciones básicas relativas al derecho a la salud figuran: garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; velar por un acceso a una alimentación y una nutrición adecuadas; garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas; facilitar el acceso a medicamentos esenciales; velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud y adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la

⁶ Véase la observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párrs. 4 y 11.

⁷ *Ibid.*, párr. 8.

⁸ Véase el documento E/CN.4/2005/51, párr. 41.

población⁹. Otras obligaciones de importancia comparable son: garantizar la atención de la salud infantil; impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a la salud y brindar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos¹⁰. Estas obligaciones básicas se aplican tanto a la salud mental como a la salud física.

9. El enfoque basado en los derechos humanos derivado de estas normas exige a los Estados asegurar una disponibilidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud mental y que estos sean accesibles y asequibles sobre la base de la no discriminación. También se les exige, entre otras cosas, que estos establecimientos, bienes y servicios de salud mental tengan en cuenta las diferencias de género, que sean adecuados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad y que respeten la ética médica, por ejemplo en lo tocante a la autonomía y la capacidad de actuar sin discriminación. Es necesario cerciorarse, por medio de procesos transparentes, de que las personas con problemas de salud mental y otras que recurran a servicios de salud mental se beneficien de uno de los pilares fundamentales del derecho a la salud, la participación real de todos los interesados, en particular las personas afectadas, en las decisiones y las normas en materia de salud¹¹. Para ello es preciso que la comunidad participe efectivamente fijando prioridades, adoptando decisiones y planificando, aplicando y evaluando estrategias destinadas a mejorar el nivel de la atención de la salud, incluida la salud mental¹². Las autoridades de salud y otros responsables deben rendir cuentas del cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos en la esfera de la salud pública, entre otras cosas ofreciendo la posibilidad de obtener reparaciones efectivas mediante mecanismos de denuncia y otras vías de reparación.

10. Los compromisos políticos formulados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, especialmente el objetivo 3, que consiste en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, han complementado el marco jurídico formal. La meta 3.4 es reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental y el bienestar. La prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol, se inscriben en la meta 3.5, en tanto que otras metas, como las relativas a la cobertura sanitaria universal y el control del tabaco, corresponden a ámbitos de clara pertinencia, aun cuando no se mencione expresamente la salud mental.

IV. Problemas que tienen consecuencias para los derechos humanos en el campo de la salud mental

11. Las estimaciones actuales apuntan a que una de cada cuatro personas sufrirá problemas de salud mental a lo largo de su vida¹³. No obstante, aproximadamente dos de cada tres no tratarán su dolencia¹⁴. Las personas con problemas de salud mental también presentan, por diversas razones, índices desproporcionadamente más elevados de mala salud física¹⁵. Una razón importante consiste en que la mala salud mental es un factor que

⁹ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 43.

¹⁰ *Ibid.*, párr. 44.

¹¹ Véase el documento A/60/348, párr. 57.

¹² Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 54

¹³ Jessica Mackenzie y Christie Kesner, "Mental health funding and the SDGs. What now and who pays?", Overseas Development Institute (2016), pág. 9, y Nota descriptiva de la OMS (abril de 2016), que se puede consultar en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.

¹⁴ OMS, Los problemas de salud mental afectan a una de cada cuatro personas, http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/es/.

¹⁵ OMS, "Plan de acción sobre salud mental 2013-2020", párr. 11.

propicia la aparición de problemas de salud física. Otra razón son los “diagnósticos enmascarados”, en los que un síntoma físico se atribuye erróneamente a un problema de salud mental, por lo que no recibe el tratamiento adecuado o incluso ninguno¹⁶. El estigma es a su vez un importante factor de la calidad de la atención y el acceso a toda la gama de servicios que requieren las personas con problemas de salud mental que también tienen dolencias físicas¹⁷. Las investigaciones revelan que las personas con problemas de salud mental tienen una esperanza de vida mucho menor que la media de la población: 20 años menos en el caso de los varones y 15 años menos en el de las mujeres¹⁸. En algunos países, a falta de atención de la salud mental basada en la comunidad, la única opción de tratamiento disponible son las instituciones psiquiátricas, asociadas a graves vulneraciones de los derechos humanos, entre ellas condiciones de vida y tratos inhumanos y degradantes¹⁹.

A. La experiencia de vivir con problemas de salud mental

1. Los obstáculos al disfrute de los derechos económicos y sociales y los factores determinantes básicos de la salud mental

12. Las estadísticas son importantes para comprender la amplitud de los problemas que plantea la salud mental, pero la figura central del debate sobre estas cuestiones debe seguir siendo el individuo. La experiencia de vivir con problemas de salud mental está determinada, en gran medida, por la histórica y continua relegación de la salud mental a una posición marginal en la política pública. Así queda de manifiesto en relación con la vida social, el acceso desigual a las oportunidades y la incidencia desproporcionada de personas con problemas de salud mental entre quienes viven en la pobreza, entre otros aspectos²⁰. De hecho, en la actualidad, uno de los problemas más importantes en lo que respecta a la salud y los derechos humanos consiste en que quienes viven en la pobreza disfruten en mayor medida del derecho a la salud²¹.

13. La salud mental no es simplemente un problema de salud. Hay una estrecha conexión entre la salud mental y la pobreza, así como entre los problemas de salud mental y las dificultades económicas derivadas de la insuficiente realización de los derechos económicos, sociales y culturales, como los derechos a la educación, el trabajo, la vivienda, la alimentación y el agua²². Estos y otros derechos son también factores determinantes básicos de la salud mental, de modo que su grado de efectividad repercute en el disfrute del derecho a la salud mental. El hecho de que no se adopte una política que tome en consideración estos y otros factores determinantes de la salud mental constituye, asimismo, un importante obstáculo a la realización del derecho a la salud mental.

¹⁶ Royal College of Psychiatrists, “Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health”, occasional paper OP88, (2013), pág. 28.

¹⁷ Véase David Lawrence y Rebecca Coghlan, “Health inequalities and the health needs of people with mental illness”, *New South Wales Public Health Bulletin*, vol. 13, núm. 7 (Julio de 2002).

¹⁸ Kristian Wahlbeck y otros, “Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 199, núm. 6 (diciembre de 2011). Véase también Stephen C. Newman y Roger C. Bland, “Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study”, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 36, núm. 4 (junio de 1991).

¹⁹ Véase el documento A/HRC/22/53, párrs. 59 y 63 a 70.

²⁰ Véase Florida Council for Community Mental Health, “Mental illness and poverty: a fact sheet” (enero de 2007), se puede consultar en www.fccmh.org/resources/docs/MentalIllnessandPoverty.pdf. Véase también Sally McManus *et al.* “Adult psychiatric morbidity in England, 2007. Results of a household survey”, NHS Information Centre for Health and Social Care (2009).

²¹ Véase el documento A/HRC/4/28, párr. 20.

²² A/HRC/29/33, párr. 28.

14. Según el Relator Especial sobre el derecho a la salud, la “tendencia a restar importancia a los derechos económicos, sociales y culturales ha generado, y sigue generando, una combinación perjudicial de pobreza, desigualdades y pérdida de poder de grandes grupos de población, que acabarán sufriendo el deterioro de su estado de salud y tendrán dificultades para acceder a los servicios de atención de la salud”²³. La interrupción de los estudios o el acceso restringido a la educación que han experimentado muchas personas con problemas de salud mental, por ejemplo, les resta oportunidades de adquirir calificaciones que les facilitarían el empleo remunerado. Las dificultades para conseguir empleo y conservar el puesto de trabajo o generar ingresos por otros medios repercuten negativamente en las posibilidades de tener una vivienda adecuada y mantenerla. En su conjunto, estos problemas perpetúan la desigualdad social y tienen efectos desastrosos en el disfrute del derecho a un nivel de vida adecuado y, por consiguiente, en la salud mental y el acceso a los servicios de salud.

2. Estigma y discriminación

15. Existen muchas creencias negativas sobre los problemas de salud mental, como por ejemplo que demuestran una debilidad personal o que tienen su origen en la brujería o en fenómenos espirituales o sobrenaturales²⁴. Al igual que ciertos estereotipos negativos profundamente arraigados en relación con quienes tienen problemas de salud mental o se cree que los tienen, como la idea de que no pueden ejercer su capacidad de actuar en asuntos que les afectan o de contribuir de manera positiva a la sociedad, estos conceptos erróneos han sido en buena medida responsables de crear y perpetuar el estigma y la discriminación.

16. Estos estereotipos, prejuicios y estigmas están presentes en todos los ámbitos de la vida, incluidos los entornos sociales, educativos, laborales y de salud, y determinan profundamente la consideración que recibe el individuo, así como su propia autoestima. Al no haber una labor sistemática de formación y toma de conciencia del personal de salud mental sobre los derechos humanos aplicados a ese campo, se ha mantenido el estigma en los centros de salud mental, con el consiguiente perjuicio para la atención que prestan. En lo que respecta a la atención de la salud, los planes de seguro médico suelen establecer condiciones que discriminan indirectamente a las personas con problemas de salud mental. Las dolencias o análisis preexistentes pueden, por ejemplo, descalificarlos para obtener una cobertura de salud plena en razón de un diagnóstico de salud mental.

3. Falta de consentimiento libre e informado

17. Tal como ha señalado el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el consentimiento informado no es la mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada, en virtud de la cual se protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas y se atribuyen a los proveedores de servicios de salud deberes y obligaciones conexos²⁵. El consentimiento, para ser válido, debe ser voluntario y estar basado en información íntegra sobre la naturaleza, las consecuencias, los beneficios y los riesgos del tratamiento, así como sobre los daños que conlleve y las alternativas existentes²⁶. Por tratamiento involuntario se entiende la administración de procedimientos médicos o terapéuticos sin el consentimiento de la persona afectada. Así, por ejemplo, un tratamiento administrado de resultados de una

²³ *Ibid.*, párr. 53.

²⁴ OMS y Organización Mundial de Médicos de Familia, *Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective*, pág. 168.

²⁵ Véase el documento A/64/272, párr. 9.

²⁶ *Ibid.*, párr. 15.

tergiversación constituiría un caso de tratamiento involuntario, al igual que un tratamiento prescrito mediante amenazas, sin informar plenamente al paciente o por razones médicas dudosas²⁷. El consentimiento informado es una condición fundamental del respeto de la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de la persona²⁸.

B. Problemas sistémicos relacionados con la salud mental

18. El derecho a la salud conlleva el derecho de sus titulares a un sistema de salud que promueva el máximo nivel de salud. Las cuestiones que se indican a continuación son particularmente pertinentes en el contexto de este principio y a los efectos de la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud mental.

1. Máximo de los recursos disponibles

19. A pesar del impacto de los problemas de salud mental sobre las personas, las familias y las comunidades, no se invierten en salud mental recursos financieros y humanos suficientes. El gasto anual mundial en salud mental es inferior a 2 dólares de los Estados Unidos por persona y a 0,25 dólares en los países de bajos ingresos²⁹. Esto afecta a la prestación de servicios, ya que se exige a un número insuficiente de trabajadores, a menudo poco formados, especialmente en el ámbito de los derechos humanos, que presten servicios conformes a las normas de derechos humanos. Por otro lado, la mayor parte de los presupuestos de salud mental se destina normalmente a los hospitales psiquiátricos³⁰. Al hecho de que los Estados sigan invirtiendo en centros institucionales, como hospitales psiquiátricos, a menudo hay que sumar una correlativa falta de inversión en servicios y apoyos de salud mental basados en la comunidad, generalmente considerados buenas prácticas, tal y como se explica con más detalle a continuación. La asignación de recursos insuficientes y las malas decisiones adoptadas sobre su utilización, redundan en desmedro de la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud mental. También infringen el artículo 2, párrafo 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en virtud del cual los Estados partes deben destinar el máximo de los recursos de que dispongan a la consecución progresiva de la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto, incluido el derecho a la salud.

2. Prestación de servicios de manera segregada

20. Pese a los avances logrados en los últimos decenios, la segregación y la centralización de los servicios de salud mental en torno a hospitales e instituciones psiquiátricas sigue planteando un problema en algunos aspectos importantes. Al no incorporar servicios de salud mental interdisciplinarios en la atención primaria se dificulta enormemente la aplicación de un planteamiento “de la persona en su integridad”. En muchos países los centros de salud locales y los hospitales generales carecen de servicios de salud mental, lo que obliga a los habitantes de zonas remotas a recorrer largas distancias, viajes que a menudo resultan caros. Cuando los servicios de atención y asistencia en materia de salud mental se prestan en el marco de sistemas e instituciones de asistencia social segregados aumenta el riesgo de conculcación de derechos humanos³¹.

²⁷ Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, “Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems” (2012), págs. 44 a 47.

²⁸ Véase el documento A/64/272, párr. 18.

²⁹ Véase OMS, “Plan de acción sobre salud mental 2013-2020”, párr. 14.

³⁰ Organización Mundial de la Salud, Atlas de salud mental 2014, pág. 9.

³¹ Véase el documento E/CN.4/2005/51, párr. 8.

3. La valoración de la salud mental

21. En el contexto de la salud, el concepto de paridad de tratamiento alude al hecho de valorar la salud mental en pie de igualdad con la salud física³². Desde un punto de vista normativo, el marco que establece el derecho a la salud no crea una jerarquía en que la salud mental esté por debajo de la salud física. Dada la estrecha relación entre la salud física y la mental, se requiere un planteamiento que conceda igual valor a ambas y, sin embargo, la falta de paridad de tratamiento y la consideración preferente de la salud física sigue siendo la perspectiva dominante. Como consecuencia de ello, entre otras desigualdades, la salud mental recibe menos recursos humanos y financieros, y muchos centros de salud mental están deteriorados y tienen normas de higiene más bajas y menos servicios. También los datos y las investigaciones sobre la salud mental presentan importantes lagunas, particularmente en lo tocante a la situación de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y de los usuarios de los servicios de salud mental y al efecto de las medidas de política.

V. El enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos en el contexto de la salud mental

22. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad adopta un enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos y reemplaza anteriores instrumentos internacionales de derecho no vinculante, como los Principios para la protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. La Convención consigna las normas internacionales de derechos humanos más avanzadas en el campo de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial.

23. El enfoque de la discapacidad basado en los derechos humanos requiere, al igual que otros principios, la aplicación incondicional del principio de no discriminación en lo que respecta a las personas con discapacidad. No se puede aducir ningún otro calificativo relacionado con deficiencias para justificar la restricción de derechos humanos. Así, por ejemplo, las personas con discapacidad psicosocial no pueden ser privadas arbitrariamente de la libertad en razón de su deficiencia, incluso en el caso de que se alegue un supuesto peligro para sí mismas o para terceros³³. La política de salud mental debería adoptar e integrar este planteamiento y tener cuidado de no hacer menos estrictas las normas.

24. Hay prácticas generalizadas que soslayan el planteamiento de la igualdad sustantiva para las personas con discapacidad psicosocial en entornos públicos y privados, como la denegación de ajustes razonables, es decir, las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales³⁴. Los sistemas de determinación o certificación de la discapacidad, cuando existen, no siempre las reconocen como personas con discapacidad, lo que puede excluirlas de programas de protección social específicamente destinados a la discapacidad.

³² Royal College of Psychiatrists, "Whole-person care: from rhetoric to reality", pág. 20.

³³ Véanse CRPD/C/DNK/CO/1, párr. 36, y CRPD/C/SWE/CO/1, párr. 35.

³⁴ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 2.

A. Igual reconocimiento como persona ante la ley

25. El artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad afirma el derecho de las personas con discapacidad psicosocial al igual reconocimiento como persona ante la ley y les reconoce el derecho a ejercer su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás. En el ámbito de la salud mental, la capacidad jurídica tiene una importante función en el ejercicio del consentimiento libre e informado. Muchas leyes nacionales siguen contemplando la negación de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial, lo que les impide tomar sus propias decisiones. Esos regímenes de sustitución en la adopción de decisiones suelen delegar en terceros la expresión, en nombre de la persona de que se trata, del consentimiento a un tratamiento o un internamiento.

26. Los Estados deben derogar los marcos jurídicos que permiten que los sustitutos en la adopción de decisiones expresen el consentimiento de personas con discapacidad, instituir el apoyo en la adopción de decisiones y asegurarse de que esté disponible para quienes lo soliciten. Los proveedores de servicios de atención de la salud deben intentar por todos los medios a su alcance obtener el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate³⁵.

27. El cumplimiento de las normas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre accesibilidad de la información y las comunicaciones es una condición previa fundamental para el ejercicio de la capacidad jurídica y el consentimiento libre e informado. Por ejemplo, es frecuente que la información sobre los tratamientos y efectos secundarios no esté disponible en braille, la lengua de señas u otros modos alternativos de comunicación. Si bien se contempla una aplicación progresiva, por parte de los servicios de salud, de las obligaciones relativas a la accesibilidad, estos tienen una obligación inmediata de ofrecer ajustes razonables³⁶.

28. En ciertas situaciones, puede resultar difícil determinar la voluntad de la persona de que se trate. Hay que promover y formular claramente instrumentos tales como las instrucciones previas o poderes para evitar que quienes los ejecutan incurran en error o arbitrariedad. Aun estando vigentes estos instrumentos, las personas con discapacidad psicosocial deben conservar en todo momento el derecho a cambiar de opinión y los proveedores de servicios deben seguir recabando su consentimiento informado. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sostenido que debe entenderse en cualquier caso que el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad prohíbe invocar el principio del “interés superior” del individuo tratándose de adultos con discapacidad³⁷. Debe hacerse lo que sea posible para determinar la voluntad y las preferencias de la persona y poner a su disposición todos los ajustes, apoyos y diferentes métodos de comunicación. Cuando se han agotado todos los medios y sigue sin poder determinarse la voluntad de la persona, debe respetarse y aplicarse de buena fe el principio de la “mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias”³⁸.

³⁵ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1 (2014) relativa al igual reconocimiento como persona ante la ley, párr. 41.

³⁶ Véase el documento A/HRC/34/26, párr. 33.

³⁷ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1, párr. 21.

³⁸ *Ibid.*, párr. 21.

B. La prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de deficiencia

29. El artículo 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece una prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de deficiencia, lo cual supone la proscripción del ingreso en instituciones y el tratamiento no consentidos³⁹. Esta disposición refleja el planteamiento no discriminatorio que consagra la Convención en relación con el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha confirmado clara y sistemáticamente el planteamiento no discriminatorio del derecho a la libertad, que establece la prohibición inequívoca de privar de la libertad por motivos de deficiencia, guarde o no relación con otros factores.

30. Las personas con discapacidad psicosocial siguen sujetas al internamiento forzoso, que contemplan los códigos civiles y las leyes de salud mental de muchos países. Privadas de su libertad, son regularmente sometidas a tratamiento forzoso; también las condiciones de vida y las modalidades de convivencia pueden poner en peligro su integridad física y mental. Tanto los niños como los adultos recluidos en instituciones están expuestos a un peligro mayor de violencia y abuso, incluidas la explotación sexual y la trata⁴⁰. El Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha constatado que los niños internados en residencias o instituciones de atención del menor corren mayor peligro de sufrir traumas psicológicos, violencia y abusos y que el dolor y el sufrimiento emocional grave causado por la segregación puede llegar a un grado equivalente a malos tratos o tortura⁴¹. Fuera de las instituciones, la aplicación de órdenes de tratamiento en la comunidad o de tratamiento ambulatorio obligatorio, por más que se ejecuten en la comunidad, vulneran el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona, ya que esas medidas imponen el tratamiento y entrañan una amenaza de detención en caso de no ser aceptadas.

31. El internamiento forzoso vulnera el derecho a la libertad y seguridad personales, entendidas como ausencia de confinamiento físico y protección contra lesiones a la integridad físicas o psicológicas, respectivamente⁴². Supone una vulneración del derecho a no sufrir tortura y malos tratos⁴³ y a no ser sometido a explotación, violencia y abusos, así como del derecho a la integridad personal. Los Estados partes deben derogar las leyes o normas que autorizan o perpetúan el internamiento involuntario, incluida su imposición como amenaza, y ofrecer recursos efectivos y reparación a las víctimas⁴⁴.

³⁹ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1, párrs. 6 y 10.

⁴⁰ Véase, por ejemplo, Disability Rights International y la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, “Abandonados y desaparecidos: Segregación y abuso de niños y adultos con discapacidad en México” (2010). Véanse también Disability Rights International, “Sin justicia: tortura, trata y segregación en México” (2015); “Left behind: the exclusion of children and adults with disabilities from reform and rights protection in the Republic of Georgia” (2013); e “International collaboration for inclusion: a study funded by the United States Department of State” (2014), que se pueden consultar en www.driadvocacy.org.

⁴¹ A/HRC/28/68.

⁴² Véase la observación general núm. 35 (2014) del Comité de Derechos Humanos, relativa a la libertad y seguridad personales, párr. 3.

⁴³ Véase A/63/175, párrs. 47 y 65.

⁴⁴ Véanse por ejemplo, los documentos CRPD/C/CZE/CO/1, párr. 33; CRPD/C/DEU/CO/1, párr. 34 c); CRPD/C/KOR/CO/1, párr. 32 y A/HRC/30/37, párrafo 107 f).

32. El derecho y el procedimiento penales privan a menudo de las debidas garantías procesales a las personas con discapacidad consideradas no aptas para ser juzgadas o carentes de responsabilidad penal, lo que conduce a la privación de libertad en razón de una deficiencia, incluida la remisión de personas con discapacidad psicosocial a instituciones medicolegales. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha considerado sistemáticamente que ello supone negar el derecho a un juicio justo, constituye una detención arbitraria y acarrea con frecuencia consecuencias más graves que las sanciones penales, como la detención indefinida en centros de salud mental.

C. El tratamiento forzoso: la medicación forzosa, la sobremedicación y las prácticas nocivas durante la privación de la libertad

33. Muchas prácticas de las instituciones de salud mental contravienen asimismo los artículos 15, 16 y 17 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El tratamiento forzado y otras prácticas nocivas, como la reclusión en régimen de aislamiento, la esterilización forzada, el empleo de medios de coerción, la medicación forzosa y la sobremedicación (incluida la medicación administrada con argumentos falsos y sin revelar riesgos) no solo vulneran el derecho al consentimiento libre e informado sino que constituyen malos tratos y pueden ser constitutivos de tortura⁴⁵. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha instado por consiguiente a que se ponga término a todos los tratamientos no voluntarios y se adopten medidas destinadas a que los servicios de salud, incluidos los servicios de salud mental, se rijan por el principio del consentimiento libre e informado de la persona⁴⁶. El Comité también ha instado a eliminar el aislamiento y las medidas de inmovilización, tanto físicas como farmacológicas⁴⁷.

VI. Trazar el camino a seguir

34. La salud mental no es meramente un problema médico o de salud; es en buena medida una cuestión de derechos humanos, dignidad y justicia social. Desde una perspectiva amplia de las dificultades a que hacen frente las personas con problemas de salud mental o con discapacidad psicosocial se aprecia la necesidad de introducir cambios fundamentales en los sistemas actuales de protección de sus derechos, así como en la forma concreta que reviste esa protección en el marco de la política. Con ese fin, es decisivo reconocer que esas personas, incluidos los niños, tienen capacidad de actuar, libre determinación y derechos que deben ser protegidos y respetados.

35. En las siguientes secciones del informe se recomiendan medidas para introducir los cambios necesarios a fin de superar los problemas mencionados. Están organizadas, estructuralmente, en torno a la integración de un enfoque basado en los derechos humanos, las buenas prácticas y el apoyo técnico y el fomento de la capacidad, si bien su objetivo general es, en última instancia, proteger los derechos de los grupos identificados en la resolución 32/18 del Consejo.

⁴⁵ Véanse la observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 50; la observación general núm. 1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, párrs. 37 y 41; y el documento A/HRC/22/53, párr. 63.

⁴⁶ Véanse, por ejemplo, los documentos CRPD/C/ESP/CO/1, párr. 36; CRPD/C/HUN/CO/1, párr. 28; y CRPD/C/AUT/CO/1, párr. 31.

⁴⁷ Véanse, por ejemplo, los documentos CRPD/C/AUT/CO/1, párr. 33; CRPD/C/MEX/CO/1, párr. 32; y CRPD/C/DNK/CO/1, párr. 39.

A. Enfoque basado en los derechos humanos

1. Recopilación de datos

36. La recopilación de datos cuantitativos y cualitativos exhaustivos es un componente crucial de todo enfoque basado en los derechos humanos. En el contexto de la salud mental, la labor de recopilación de datos debe centrarse, entre otras cosas, en la asignación de recursos, las disparidades en la obtención de atención y asistencia de salud, la identificación de las personas más vulnerables y marginadas, las pautas de discriminación, el empleo, la vivienda y la educación y la situación socioeconómica de las personas que utilizan servicios de salud mental. Los datos deberían estar desglosados por edad, sexo, condición socioeconómica, discapacidad y otros factores, en función de cada contexto nacional, y ser utilizados para fundamentar la legislación y la política y formular medidas eficaces.

2. La creación de un entorno jurídico y normativo propicio para el disfrute de los derechos

37. En pocos países hay un marco jurídico que proteja debidamente los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental, las personas con problemas de salud mental o las personas con discapacidad psicosocial. Teniendo en cuenta el impacto directo que tienen las leyes y normas en la realización de los derechos humanos, es fundamental que haya un entorno jurídico y normativo, además de prescriptivo, que los defienda, con arreglo por otra parte a la obligación de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivos esos derechos.

38. Un primer paso esencial hacia la consecución de un entorno propicio consiste en llevar a cabo una minuciosa revisión de las leyes y normas para establecer en qué medida se respetan los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, los usuarios de los servicios de salud mental y las personas con discapacidades psicosociales, tanto en el sistema de salud mental como en la sociedad en su conjunto. Las leyes y normas deberían evaluarse a la luz de las normas de derechos humanos indicadas en el presente informe e incorporarse expresamente en los factores determinantes de la salud mental. Las medidas previstas en las conclusiones correspondientes deberían integrarse en una estrategia y un plan nacionales de salud mental, con recursos suficientes para su aplicación.

39. Al término de esta evaluación basada en los derechos humanos, los Estados deben actualizar o derogar, según proceda, toda la legislación vigente, relativa al empleo, la igualdad y la no discriminación, la protección social, la vivienda y la educación por ejemplo, con miras a que las personas con problemas de salud mental no sean objeto de discriminación y tengan las mismas oportunidades que los demás en igualdad de condiciones.

40. Un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos debe prestar atención a sus factores subyacentes, entre los cuales figuran, como ya se ha señalado, la violencia y los abusos, las experiencias negativas en la infancia, el desarrollo en la primera infancia y el hecho de contar o no con relaciones solidarias y tolerantes en la familia, el lugar de trabajo y otros entornos. Para hacer frente a estos y otros factores se requiere una acción coordinada entre el sector de la salud y otros sectores pertinentes con miras a que haya coherencia en la política y se protejan plenamente los derechos de las personas con problemas de salud mental, como se ha señalado en esta sección.

41. Otras intervenciones comprenden la promulgación de leyes y normas destinadas a:

- a) Abordar y eliminar el estigma y la discriminación;
- b) Proteger el principio del consentimiento libre e informado como condición del tratamiento y prohibir el tratamiento y el internamiento involuntarios;

- c) Proteger contra las infracciones de derechos humanos en centros de salud;
- d) Prohibir toda forma de sustitución en la adopción de decisiones;
- e) Asegurar la disponibilidad de servicios y asistencia para personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial, y el acceso equitativo a ellos, incluidas aquellas que estén en prisión o en otros centros de detención;
- f) Asegurar un acceso rápido a la justicia cuando se trate de casos de vulneración de derechos humanos.

42. En lo que respecta específicamente a la salud y la discapacidad mental, se debe evitar que las leyes de salud mental, de haberlas, regulen por separado la capacidad jurídica, el derecho a la libertad y a la seguridad u otros aspectos de la ley que puedan incorporarse en la legislación general. En todos los casos, las leyes y los reglamentos deben ser conformes con los artículos 5, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, entre otras disposiciones, y: a) prohibir la privación arbitraria de la libertad en razón de una deficiencia, con independencia de cualquier supuesta justificación que aduzca la necesidad de ofrecer “atención” a la persona interesada o el peligro que esta suponga “para sí misma o para terceros”; b) asegurar en todos los casos el derecho de la persona al consentimiento libre e informado a todo tratamiento o decisión relativa a la atención médica y, en particular, la disponibilidad y accesibilidad de diferentes modos y medios de comunicación, información y apoyo al ejercicio de este derecho; y c) de conformidad con la Convención, elaborar, aprobar e integrar en el marco jurídico la práctica del apoyo en la adopción de decisiones, las instrucciones previas y el principio de “la mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias” como último recurso.

3. Participación

43. La plena participación de las comunidades afectadas en la formulación, aplicación y supervisión de la política tiene efectos positivos sobre los resultados del sistema de salud y en el ejercicio por esas comunidades de sus derechos humanos. Su participación contribuye a formular medidas ajustadas a cada contexto y hacer más eficaces las normas⁴⁸. Tradicionalmente, la participación en la formulación de las leyes y normas de salud mental ha quedado reservada a los profesionales de la salud, por lo que no se han tomado en consideración de manera sistemática los intereses y la opinión de los usuarios y se han perpetuado e institucionalizado en ellas prácticas nocivas.

44. Los Estados deben cerciorarse de que los usuarios de los servicios de salud mental, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial participen significativamente en todas las fases de la planificación y la aplicación, de conformidad con el artículo 4, párrafo 3, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la recomendación formulada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su observación general núm. 14 (párr. 54). Con este objetivo, los Estados deben formar capacidad en los usuarios, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial para participar y hacer valer sus derechos. Una estrategia eficaz comprenderá una labor de educación y toma de conciencia y el establecimiento de mecanismos de participación transparentes y accesibles a nivel comunitario, subnacional y nacional, o el refuerzo de los ya existentes⁴⁹.

⁴⁸ Véase Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, “Non-discrimination in HIV responses” (junio de 2010), párrs. 18 a 22.

⁴⁹ Jyoti Sanghera y otros, “Human rights in the new Global Strategy”, BMJ (septiembre de 2015).

4. Recursos

45. Como se ha señalado anteriormente, el gasto corriente en salud mental dista mucho de cubrir las necesidades y contraviene el requisito establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en relación con el uso del máximo de los recursos disponibles. A este respecto, habría que dar prioridad a la preparación de planes y estrategias de salud mental basados en los derechos humanos, sobre la base de la revisión de las leyes y normas que se ha recomendado anteriormente, y asignarles recursos suficientes. Los recursos deberían, entre otras cosas, destinarse a: a) mejorar la calidad de la atención de la salud, así como asegurar su disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad; b) mejorar las condiciones de trabajo del personal de salud mental; c) mejorar la formación del personal de salud, particularmente en el ámbito de los derechos humanos; d) prestar toda la gama de servicios de asistencia; e) lograr la igualdad entre los servicios de salud mental y física en todos los ámbitos, incluidos la asignación de recursos, las investigaciones y los datos; f) servicios de salud mental de emergencia; g) servicios de salud mental basados en la comunidad; h) la promoción de la salud mental⁵⁰; e i) asegurar servicios de educación, vivienda adecuada, asistencia, apoyo para obtener y conservar un empleo y de protección social.

46. Constituye un principio general por el que debería regirse la política en esta materia la obligación de los Estados de invertir recursos en prácticas respetuosas de los derechos humanos y adoptar criterios de evaluación basados en el principio de “no hacer daño” para evitar nuevas infracciones de los derechos humanos. De hecho, la asignación de recursos a determinadas prácticas de salud mental existentes, que son contrarias a las normas internacionales de derechos humanos, puede amplificar los efectos de prácticas perjudiciales.

5. Rendición de cuentas

47. El seguimiento, el examen, las medidas de reparación y la acción correctiva, guiados por indicadores basados en los derechos humanos específicos de cada contexto, son piedras angulares de cualquier marco de rendición de cuentas⁵¹. La rendición de cuentas debería tener como objetivo, y a la vez como resultado, el empoderamiento de los usuarios, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial, en particular por medio de medidas jurídicas y de política que les den participación en la fijación de prioridades y la formulación, aplicación y examen de la política, así como la posibilidad de medidas correctivas cuando proceda⁵².

48. Para garantizar la adopción de medidas de reparación y resarcimiento en casos de vulneración de derechos humanos, como la detención arbitraria en razón de una deficiencia, es fundamental tener acceso a la justicia, de conformidad con el artículo 13 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Para impugnar la privación de la libertad y hacer valer el principio del consentimiento informado al tratamiento médico deben existir recursos eficaces que se puedan tramitar de forma acelerada. Es preciso suprimir y prohibir por ley las prácticas que efectivamente vulneren el derecho a un juicio justo (como negar la capacidad jurídica al exigir la intervención de un tutor en representación de una persona) o puedan impedir el acceso a recursos judiciales (como la representación legal obligatoria).

⁵⁰ Mackenzie y Kesner, “Mental health funding and the SDGs”, pág. 12.

⁵¹ Grupo Independiente sobre la Rendición de Cuentas: “2016: Old challenges, new hopes. Accountability for the Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health” (2016), págs. 9 a 11.

⁵² Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, “Keeping promises, measuring results” (2011), pág. 7.

49. El artículo 16 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad insta a los Estados a establecer mecanismos independientes que supervisen todos los servicios y programas que sirven a las personas con discapacidad a fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso. Estos mecanismos deberían incluir a organizaciones representativas de las personas con discapacidad y de la sociedad civil y estar en condiciones de supervisar instituciones mientras los Estados avanzan hacia la desinstitucionalización. Esta función de supervisión debería hacerse extensiva a los servicios comunitarios y de salud mental para cerciorarse de que sean favorables a la inclusión, la participación y el disfrute general de derechos en igualdad de condiciones con los demás. Cuando se detecten abusos en las instituciones, los Estados deben, según lo dispuesto en el artículo 16 de la Convención, tomar las medidas pertinentes para “promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso”.

50. Otras medidas para promover la rendición de cuentas consisten en establecer procesos y mecanismos transparentes, incluyentes y participativos, con atribuciones para formular recomendaciones e imponer medidas correctivas, tanto en el sistema de salud como en el de justicia. Esos mecanismos y procesos incluyen tribunales u órganos cuasijudiciales y no judiciales, mecanismos de denuncia dentro del sistema de salud, instituciones nacionales de derechos humanos y asociaciones de estándares profesionales⁵³.

B. Buenas prácticas

1. Atención de la salud mental basada en la recuperación

51. Los servicios comunitarios de salud mental deben incluir un enfoque basado en la recuperación en que se asigne importancia a la labor de apoyar a las personas con problemas de salud mental en la consecución de sus propios objetivos y aspiraciones⁵⁴. Un enfoque de la salud mental basado en la recuperación se centra en los puntos fuertes de la persona y en ayudarla a obtener el apoyo que necesita, integra una dimensión de comprensión de los traumas e incorpora a la prestación de servicios a personas con experiencia personal en el ámbito de la salud mental. Este enfoque requiere “escuchar y atender las opiniones de los afectados sobre sus trastornos y lo que les ayuda a recuperarse [y] trabajar con ellos en pie de igualdad en lo que se refiere a su atención”⁵⁵.

52. Dada la estrecha relación existente entre los problemas de salud mental y los traumas, todos los servicios de salud mental deberían tener competencia en el tratamiento de traumas y estar preparados para no reavivarlos. El personal debe estar capacitado para reconocer y no incurrir en prácticas que puedan desencadenar recuerdos dolorosos y reavivar los traumas de personas con historias traumáticas⁵⁶.

53. Por último, las personas con problemas de salud mental son los principales expertos en su propia recuperación y los más aptos para ayudar a otros a lograrla. Las personas en situación similar se infunden mutuamente aliento y comparten un sentimiento de

⁵³ Sanghera *et al.*, “Human rights in the new Global Strategy”.

⁵⁴ OMS, “Plan de acción sobre salud mental”, párr. 50.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), “SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach” (julio de 2014), pág. 10.

pertenencia, además de conocimientos técnicos, lo cual reduce el número de internamientos innecesarios; es fundamental para la atención de la salud mental recurrir a ellas⁵⁷.

2. Servicios comunitarios

54. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha recomendado ubicar los establecimientos, bienes y servicios de salud en emplazamientos que estén al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las personas con discapacidad⁵⁸. La experiencia demuestra que la prestación de servicios interdisciplinarios y no medicalizados en el seno de la comunidad permite a los usuarios mantenerse en contacto con sus familias, conservar su empleo y, en general, mantenerse cerca de las redes de apoyo que facilitan el tratamiento temprano y la recuperación. En los países más desarrollados, y con cada vez mayor frecuencia también en países en desarrollo, es habitual que los servicios de salud mental se inscriban en sistemas centrados en hospitales psiquiátricos, que siguen recurriendo a numerosas prácticas contrarias a las normas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Para garantizar el derecho de las personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial a recurrir a los servicios correspondientes, los Estados deben asegurarse de que existan tratamientos basados en la recuperación tanto en la comunidad como en el sistema de atención primaria.

3. Desinstitucionalización

55. La aplicación del artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, relativo al derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, es fundamental para las personas con discapacidad psicosocial. El enfoque centrado en la recuperación es coherente con el objetivo de ayudar a la persona en todos los aspectos de su vida, su desarrollo personal, su ejercicio de la autonomía y su participación e inclusión en la comunidad.

56. La circunstancia de que las personas con discapacidad elijan dónde y con quién vivir y la promoción de la autonomía fomentan la inclusión en la comunidad. La institucionalización y las modalidades de convivencia institucionalizadas, tanto en grandes centros como en viviendas para grupos más pequeños, constituyen segregación y son incompatibles con la inclusión en la comunidad. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha expresado repetidamente su preocupación por el internamiento de las personas con discapacidad y la falta de servicios de apoyo en la comunidad y ha recomendado que, en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad, se presten servicios de apoyo y se apliquen estrategias efectivas de desinstitucionalización⁵⁹.

57. Para llevar a cabo un proceso efectivo de desinstitucionalización hay que comprender que el derecho a vivir en la comunidad va más allá de un mero emplazamiento físico en la comunidad⁶⁰. Al mismo tiempo debe ofrecerse apoyo social a las personas con discapacidad psicosocial, que incluya apoyo y asistencia para vivienda, atención de la salud, los sistemas de respuesta en casos de crisis, apoyo pecuniario, apoyo a las redes sociales y acceso a educación y trabajo⁶¹. Las redes sociales, el apoyo entre pares, los círculos de apoyo y el apoyo a nivel de la comunidad local son valiosos, en particular frente a

⁵⁷ Véase OMS, “Plan de acción sobre salud mental”, párr. 50.

⁵⁸ Véase la observación general núm. 14, párr. 12 b).

⁵⁹ Véanse, por ejemplo, los documentos CRPD/C/ESP/CO/1, párrs. 35 y 36; CRPD/C/CHN/CO/1, párr. 26; CRPD/C/ARG/CO/1, párr. 24.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ OMS y Banco Mundial, *Informe Mundial sobre la Discapacidad* (2011), pág. 148.

situaciones de crisis y emergencia y es preciso darles reconocimiento y apoyar su desarrollo.

4. Niños

58. Al menos 8 millones de niños viven en instituciones⁶². El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha señalado que la atención institucional en la primera infancia tiene efectos tan perjudiciales que debería considerarse una forma de violencia contra los niños pequeños⁶³. De conformidad con las normas y buenas prácticas internacionales en materia de derechos humanos, los Estados deben: a) poner fin a la institucionalización de todos los niños con o sin discapacidad; b) establecer una moratoria de nuevos internamientos de niños con discapacidad en instituciones⁶⁴; c) proteger el derecho de los niños con discapacidad a vivir en la comunidad y el derecho de todos los niños a crecer en una familia⁶⁵; d) buscar alternativas de colocación familiar en reemplazo de todas las modalidades de asistencia residencial para los niños que deban ser separados de sus familias⁶⁶; e) de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23, párrafo 5, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar”⁶⁷, cuando la familia inmediata no pueda cuidar del niño; y f) velar por que el proceso de desinstitucionalización apunte, en el caso de los niños, a reintegrarlos en una familia y no en una institución más pequeña.

5. Nivel de vida adecuado

59. Las políticas de vivienda y de protección social, tal como se prevé en los artículos 19 y 28 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, son fundamentales para asegurar un nivel de vida adecuado a las personas con discapacidad psicosocial. La asistencia para la vivienda y la familia y la destinada a erradicar la pobreza, la malnutrición y la exclusión social tienen un efecto general positivo en la salud física y mental de las personas con discapacidad psicosocial. Paralelamente, los Estados deberían promover la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial en el mercado laboral abierto de tal modo que puedan asegurarse un ingreso. Los Estados también deben hacer que se tome conciencia de la forma de introducir ajustes razonables para las personas con discapacidad psicosocial en los lugares de trabajo y ofrecer directrices y asistencia técnicas al respecto.

C. Asistencia técnica y fomento de la capacidad

60. El artículo 2, párrafo 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 32 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad contienen las principales bases normativas del apoyo técnico y la formación de capacidad en materia de salud mental. El Pacto impone a los Estados la obligación de adoptar medidas mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente

⁶² Véase el documento A/61/299, párr. 55.

⁶³ Véase el documento A/70/213, párr. 73.

⁶⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia*, pág. 80.

⁶⁵ Véanse, por ejemplo, los documentos CRPD/C/GTM/CO/1 y CRPD/C/CZE/CO/1.

⁶⁶ Eric Rosenthal, “A mandate to end placement of children in institutions and orphanages: the duty of governments and donors to prevent segregation and torture” (2017). Puede consultarse en <https://www.law.georgetown.edu/academics/centers-institutes/human-rights-institute/our-work/research/upload/Perspectives-on-Human-Rights-Rosenthal.pdf>.

⁶⁷ *Ibid.*

económicas y técnicas, para lograr progresivamente la plena efectividad del derecho a la salud. Como ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados que están en condiciones de ofrecer esta asistencia a otros países tienen una obligación particular.

61. En lo tocante a las personas con discapacidad psicosocial, las siguientes medidas y actividades, que requieren el compromiso activo, la participación, el compromiso y las aportaciones de personas con experiencia personal en materia de discapacidades psicosociales, así como de las organizaciones que las representan, son fundamentales para reforzar la asistencia técnica y la formación de capacidad a nivel nacional:

a) Prestar apoyo técnico a los países para formular y llevar a la práctica normas, planes, leyes y servicios que promuevan y protejan los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;

b) Formar capacidad en los profesionales de la salud mental, las personas con discapacidad psicosocial, las familias, los cuidadores y otros asistentes, la sociedad civil, los abogados, los jueces, la policía, los trabajadores sociales y otros con el fin de promover un enfoque basado en los derechos humanos, la capacidad jurídica y la recuperación en el ámbito de la salud mental, en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otras normas internacionales de derechos humanos;

c) Impartir completas directrices técnicas para los países, en que se indiquen, describan y evalúen el apoyo y los servicios comunitarios ya existentes o incipientes, que atiendan a las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial y estén en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;

d) Prestar apoyo a la creación y el fortalecimiento de organizaciones dirigidas por personas con discapacidad psicosocial y facilitar el diálogo con los gobiernos a fin de propiciar la inclusión y participación de esas organizaciones en los procesos de formulación de normas;

e) Hacer frente a la perpetuación de la segregación, lo que puede consistir en financiar nuevas instituciones o en remodelar las existentes hasta que dejen de asignarse recursos a ellas. Los fondos deberían destinarse a ayudar a las familias a evitar el internamiento de niños en instituciones y a crear sistemas de apoyo comunitario a las personas con discapacidad psicosocial.

VII. Conclusiones

62. Confluyen en el caso de los usuarios de los servicios de salud mental, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial múltiples factores de vulnerabilidad, en particular los que dimanen de la pobreza, el estigma, la discriminación, el aislamiento social y la segregación. Para abordar la situación de los derechos humanos de estas personas desde una perspectiva amplia es preciso proteger la autonomía, la capacidad de actuar y la dignidad, así como los demás derechos humanos garantizados, entre otros instrumentos, por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. También se requiere introducir cambios de política que reconozcan la exclusión y la marginación como causas y consecuencias de la mala salud mental y tomar muy en serio el compromiso contraído en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de no dejar a nadie atrás y llegar primero a los más rezagados. Por consiguiente, para cumplir su obligación de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos de las personas con problemas de

salud mental, los usuarios de los servicios de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial, los Estados deberían armonizar sus marcos normativos y jurídicos con las normas de derechos humanos, formular y aplicar estrategias y planes basados en los derechos e intercambiar competencia técnica y otros recursos, como buenas prácticas.
