



Asamblea General

Distr. general
14 de enero de 2025
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

58º período de sesiones

24 de febrero a 4 de abril de 2025

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

El presente informe, elaborado en cumplimiento de la resolución 52/12 del Consejo de Derechos Humanos, contiene un análisis de los principales obstáculos y desafíos para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a la salud mental. El informe también contiene recomendaciones para la incorporación de un enfoque basado en los derechos humanos a la salud mental.



I. Introducción

1. El presente informe se presenta al Consejo de Derechos Humanos en cumplimiento de su resolución 52/12. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos se basa en informes anteriores sobre salud mental y derechos humanos publicados por la Oficina del Alto Comisionado, así como en otras publicaciones pertinentes¹.

2. Conforme a lo solicitado por el Consejo de Derechos Humanos, el Alto Comisionado organizó, el 23 de octubre de 2024, una consulta de un día de duración sobre los retos y las mejores formas de aplicar, en los planos local, nacional y regional, medidas normativas y de política que propicien la realización de los derechos humanos de las personas con discapacidades psicosociales y las que utilizan los servicios de salud mental o podrían hacerlo en el futuro². El informe contiene las opiniones expresadas por los expertos en el marco de la consulta y se ha elaborado a partir de la investigación llevada a cabo por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). Además, el Alto Comisionado se basa en más de 80 contribuciones de los Estados miembros y otras partes interesadas³.

II. Antecedentes

3. El derecho a la salud está reconocido en varios instrumentos internacionales de derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25), 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 1) f) y 2), 12 y 14 2) b)). Los Estados partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tienen la obligación de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos, incluido el derecho a la salud⁴. Las mismas obligaciones se aplican tanto a la salud mental como a la salud física⁵.

4. De conformidad con las normas internacionales de derechos humanos, los Estados están obligados a proteger, respetar y hacer efectivos todos los derechos económicos, sociales y culturales. Aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no contiene una disposición que establezca expresamente el derecho a un recurso efectivo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que, en virtud del artículo 2, párrafo 1, del Pacto, los Estados Partes deben adoptar medidas para garantizar el disfrute de los derechos en él enunciados y que esta obligación incluye la adopción de medidas que garanticen el acceso a recursos judiciales efectivos para la protección de los derechos reconocidos en el Pacto⁶.

5. Aunque se han logrado algunos avances, como una mayor sensibilización y reconocimiento de las necesidades en relación con la salud mental, así como nuevas investigaciones y tecnologías, los expertos señalaron que en general los avances seguían siendo desiguales, fragmentarios e incompatibles con las reglas y normas del derecho internacional de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud⁷. Estas deficiencias se

¹ A/HRC/34/32, A/HRC/35/21, A/HRC/41/34, A/HRC/44/48 y A/HRC/49/29. Véase también <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/mental-health-human-rights-and-legislation>.

² Véase <https://www.ohchr.org/es/health/mental-health-and-human-rights>.

³ Las contribuciones pueden consultarse en <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2024/call-inputs-mental-health-and-human-rights>.

⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 3 (1990), párr. 10.

⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 4 y 11.

⁶ *I. D. G c. España* (E/C.12/55/D/2/2014), párr. 11.3. *Ben Djaia y Bellili c. España* (E/C.12/61/D/5/2015), párr. 13.4. Véase también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 9 (1999), párr. 2.

⁷ Véase A/HRC/35/21.

ven agravadas por una comprensión parcial del enfoque basado en los derechos humanos de la salud mental, que a menudo conduce a la estigmatización, la discriminación y las prácticas nocivas hacia las personas que entran en contacto con los sistemas de salud mental. Las personas con discapacidad psicosocial y que utilizan los sistemas de salud mental se ven con frecuencia privadas de su capacidad jurídica, que es un pilar fundamental de la dignidad humana, en particular a la hora de aceptar o rechazar el tratamiento, la asistencia sanitaria y el ingreso hospitalario, lo que conduce a su internamiento en establecimientos de salud mental⁸. Sus experiencias vividas no se han tenido suficientemente en cuenta en la elaboración y aplicación de políticas. El disfrute y el ejercicio del derecho a la salud, incluida la salud mental, depende de factores interrelacionados, como la clase social, la raza, el origen étnico, la discriminación histórica, la pobreza, la vivienda inadecuada, la educación limitada y la exposición a la violencia, los conflictos o las catástrofes⁹. Para abordar esos factores se necesitan intervenciones intersectoriales fuera de los sistemas de salud y en coordinación con ellos¹⁰. Por ejemplo, las personas que viven en la pobreza, que trabajan sobre todo en empleos informales o precarios, se ven afectadas de forma desproporcionada por problemas de salud mental, al tiempo que disponen de pocos o nulos recursos para afrontarlos¹¹. Los cambios en las condiciones de trabajo y la tendencia hacia empleos temporales e inestables han desempeñado un papel importante en el aumento de los problemas de salud mental que afectan a las personas con ingresos bajos. Los entornos de trabajo deficientes —incluidas la discriminación y la desigualdad, las cargas de trabajo excesivas, el escaso control del trabajo y la inseguridad laboral— también suponen un riesgo para la salud mental¹². Además, muchas personas en las que concurren factores determinantes como la raza, la clase y el género pueden estar más expuestas a una medicalización excesiva.

6. El acceso a los servicios de salud mental sigue siendo un desafío importante a nivel mundial. La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) agravó los problemas de salud mental debido a la incertidumbre, el aislamiento, la violencia doméstica y otros factores¹³. Los grupos más marginados y desfavorecidos, entre ellos las personas con problemas de salud mental, han sido los más afectados por esa crisis. Hoy en día, una mayoría significativa de personas que necesitan atención a la salud mental carecen de acceso a servicios de calidad en esa esfera¹⁴. La estigmatización, la escasez de recursos humanos, la fragmentación de los modelos de prestación de servicios y la falta de investigación para fundamentar la transición hacia políticas y estrategias de aplicación basadas en los derechos contribuyen a agravar las actuales diferencias mundiales en relación con la respuesta a las necesidades de salud mental. Los elevados costos, la falta de cobertura de los seguros y las largas demoras agravan las dificultades para recibir atención oportuna a la salud mental, incluso en los países de ingreso alto¹⁵.

7. En todo el mundo, los servicios de salud mental continúan centrándose en un modelo biomédico y pasando por alto factores sociales que son determinantes fundamentales de la salud, como la diversidad cultural, la experiencia vivida y los factores sociales y ambientales¹⁶. Ese enfoque no da prioridad a una respuesta holística, en particular a los servicios sanitarios comunitarios y el apoyo psicosocial. En consecuencia, los sistemas de salud mental a menudo no están en disposición de ofrecer respuestas y apoyo integrales que

⁸ A/72/55, anexo.

⁹ Véanse A/78/185 y A/HRC/41/34.

¹⁰ Véanse A/78/185 y A/HRC/35/21.

¹¹ Véase A/79/162.

¹² Véase <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>.

¹³ Véase <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-impact-of-covid-19-on-mental-health-cannot-be-made-light-of>.

¹⁴ Milton L. Wainberg y otros, “Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective”, *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, núm. 5 (mayo de 2017). Véase también la contribución del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

¹⁵ Véase <https://www.thenationalcouncil.org/news/lack-of-access-root-cause-mental-health-crisis-in-america>; y <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-10593-0>.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS) y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica* (Ginebra, 2023).

tengan en cuenta la interacción compleja entre la salud mental y los factores sociales, ambientales, educativos y económicos en sentido amplio¹⁷.

8. Sigue habiendo una escasez de políticas que aborden las formas de discriminación concurrentes, como las basadas en la raza, el género, la situación socioeconómica o la discapacidad, que pueden crear obstáculos particulares para acceder a la atención de la salud mental. Esto agrava las desigualdades sistémicas y los riesgos de violación de los derechos humanos. Además, la gestión deficiente, en particular de la coordinación entre los sectores sanitario, educativo y social, impide la prestación de servicios integrales y holísticos¹⁸.

A. Formas interseccionales de discriminación y estigmatización

9. La discriminación y la estigmatización hacia las personas con discapacidades psicosociales y que utilizan los servicios de salud mental siguen estando alarmantemente generalizadas en todo el mundo¹⁹. Ese problema se manifiesta de múltiples formas, a través de la imposición sistemática de restricciones indebidas de sus derechos humanos como resultado de los obstáculos que dificultan su acceso en igualdad de condiciones a los servicios y establecimientos básicos que necesitan²⁰. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 75 % de las personas con problemas mentales, neurológicos y vinculados al consumo de sustancias en países de ingresos bajos y medios no reciben ningún tipo de tratamiento²¹.

10. Existen problemas de salud mental específicos que resultan de factores biológicos, sociales y culturales asociados al sexo y el género. Las normas, funciones y relaciones asignadas a cada género, así como la desigualdad y falta de equidad entre hombres y mujeres, afectan a la salud de las personas, incluida la salud mental, en todo el mundo. Por ejemplo, las mujeres y las niñas se ven desproporcionadamente afectadas por la violencia de género, así como por la desigualdad de género en el trabajo y la prestación de cuidados y apoyo no remunerados. La comprensión de la salud mental y el bienestar está vinculada a la cultura e influida por factores culturales como las creencias, los valores y las tradiciones.

11. En algunos países, los problemas de salud mental se interpretan erróneamente como producto de brujería o de maldiciones, lo que expone a las personas a la violencia y a abusos y violaciones de los derechos humanos²². Las mujeres y las niñas experimentan formas interseccionales de discriminación, lo que aumenta su riesgo de sufrir violencia y limita su acceso a redes de protección²³. Las personas mayores, los niños, las personas con discapacidad, las minorías étnicas y raciales, las personas LGBTIQ+, los migrantes y los refugiados se enfrentan a riesgos de discriminación y abuso en entornos institucionales²⁴. Los refugiados y solicitantes de asilo también pueden recibir una atención y un apoyo inadecuados en materia de salud mental y no obtener la misma cobertura o calidad de servicios que las personas del país de acogida²⁵. Las personas que viven en la pobreza a menudo no tienen acceso a servicios sanitarios básicos porque no pueden permitírselos, lo que a su vez aumenta su vulnerabilidad a la violencia, agrava cualquier dolencia física

¹⁷ *Ibid.*, pág. xvii; y resolución 52/12 del Consejo de Derechos Humanos.

¹⁸ Contribuciones de Centre for Mental Health Law and Policy (India) y la Comisión Nacional sobre la Violencia contra la Mujer (Indonesia).

¹⁹ OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, pág. xvii.

²⁰ Contribuciones de Marruecos; España; el Consejo Nacional de Derechos Humanos (Egipto); la Defensoría del Pueblo (Georgia); la Comisión de Derechos Humanos y Justicia Administrativa de Ghana; la Procuraduría de los Derechos Humanos (Guatemala); la Comisión Nacional sobre la Violencia contra la Mujer (Indonesia); la Comisión Nacional de Derechos Humanos del Líbano; y la Comisión de Derechos Humanos de Uganda.

²¹ Véase <https://www.who.int/initiatives/global-initiative-on-digital-health>.

²² Contribuciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya y la Comisión de Derechos Humanos de Uganda.

²³ Contribuciones de España y la Comisión Nacional sobre la Violencia contra la Mujer (Indonesia).

²⁴ A/HRC/32/44, párr. 40; y A/HRC/54/26, párr. 17.

²⁵ OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, pág. 98.

existente y exacerba sus problemas de salud mental²⁶. También existe una correlación entre los niveles de educación y los ingresos, y una mejor educación suele traducirse en una mejor salud física y mental²⁷.

12. Las personas con discapacidades psicosociales y que utilizan los servicios de salud mental están desproporcionadamente expuestas a la violencia y al uso excesivo de la fuerza por parte de las fuerzas del orden²⁸. Se ha demostrado que las personas afrodescendientes con problemas de salud mental son objeto de un uso excesivo de la fuerza en las intervenciones policiales, lo que agrava su riesgo de sufrir lesiones o incluso fallecer durante la detención²⁹.

13. Asimismo, las personas con discapacidades psicosociales y que utilizan los sistemas de salud mental están desproporcionadamente expuestas a los sistemas de justicia penal, lo que refleja que existen múltiples vectores de discriminación³⁰. Por ejemplo, el Mecanismo Internacional de Expertos Independientes para Promover la Justicia y la Igualdad Raciales en el Mantenimiento del Orden se mostró alarmado por el hecho de que en las prisiones y centros penitenciarios de los Estados Unidos un número desproporcionado de reclusos fueran personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial: 43 % en prisiones estatales³¹ y 44 % en prisiones locales³². Muchas de esas personas son africanas y afrodescendientes, lo que demuestra que la discriminación racial agrava la criminalización de las personas con discapacidad psicosocial³³. La OMS calcula que un tercio de las personas encarceladas en Europa padece algún trastorno mental.

14. Otro desafío sistémico al que se enfrentan las personas con discapacidades psicosociales y que utilizan los servicios de salud mental es la tendencia a que la aplicación de la ley y la criminalización sean la reacción automática a los problemas sociales y de salud pública, incluidos los relacionados con la vivienda, la educación, el empleo, las adicciones y la atención de la salud mental³⁴. La legislación penal afecta de forma desproporcionada a las personas con discapacidades psicosociales o que utilizan los servicios de salud mental. Estas se enfrentan a un recurso excesivo al encarcelamiento y a graves dificultades como consecuencia de la discriminación, la estigmatización, la percepción de peligrosidad y los obstáculos como la denegación de la capacidad jurídica y el acceso restringido a tribunales y órganos cuasijudiciales³⁵. Al mismo tiempo, la exposición al sistema de justicia penal puede tener en sí misma un profundo impacto en la salud mental³⁶. El recurso al régimen de aislamiento contribuye a agravar las crisis de salud mental en los sistemas de justicia penal y puede equivaler a tortura o malos tratos³⁷.

²⁶ Grupo del Banco Mundial, "Poverty and health", 25 de agosto de 2014, disponible en <https://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/poverty-health>.

²⁷ A/79/162, párr. 12.

²⁸ Véase <https://www.ohchr.org/en/news/2024/03/experts-committee-rights-persons-disabilities-commend-sweden-its-commitment-committees>.

²⁹ Véase el documento de sesión del Mecanismo Internacional de Expertos Independientes para Promover la Justicia y la Igualdad Raciales en el Mantenimiento del Orden sobre su visita a los Estados Unidos de América, párrs. 48 y 49, disponible en el sitio web del ACNUDH: https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/hrcouncil/sessions-regular/session54/A_HRC_54_CRP.7.docx.

³⁰ OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, págs. 22 y 113.

³¹ Leah Wang, "Chronic punishment: the unmet health needs of people in state prisons", Prison Policy Initiative, junio de 2022.

³² Jennifer Bronson y Marcus Berzofsky, "Indicators of mental health problems reported by prisoners and jail inmates, 2011–12" (Washington, D.C., Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Oficina de Programas Judiciales, Oficina de Estadísticas Judiciales, junio de 2017).

³³ Véase el documento de sesión del Mecanismo Internacional de Expertos Independientes para Promover la Justicia y la Igualdad Raciales en el Mantenimiento del Orden sobre su visita a los Estados Unidos, párr. 106.

³⁴ A/HRC/54/69, párr. 27.

³⁵ Julinda Beqiraj, Lawrence McNamara y Victoria Wicks, *Access to Justice for Persons with Disabilities: From International Principles to Practice* (International Bar Association, 2017).

³⁶ Miguel Clemente y Dolores Padilla-Racero, "The effects of the justice system on mental health", *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 27, núm. 5 (mayo de 2020).

³⁷ Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 20 (1992), párr. 6.

15. Las personas que experimentan problemas de salud mental o discapacidades psicosociales se enfrentan a menudo a la estigmatización por parte de los profesionales sanitarios. En un informe publicado en 2021, la OMS señaló que, en los países en los que apenas había un control de las prácticas psiquiátricas, las personas con problemas de salud mental tenían entre dos y tres veces más probabilidades de sufrir coacción que otros grupos de personas³⁸. Estos problemas se ven agravados por la denegación de la capacidad jurídica y la falta de acceso efectivo a protección jurídica frente a prácticas como la detención arbitraria u otras violaciones de los derechos humanos.

B. Medidas coercitivas

16. Las leyes y las prácticas sanitarias siguen permitiendo el tratamiento forzoso y la institucionalización, lo que afecta particularmente a las personas con discapacidades psicosociales³⁹. Las personas con discapacidades psicosociales y que utilizan los servicios de salud mental siguen permaneciendo en instituciones, recluidas y sometidas a tratamiento forzoso, a menudo en condiciones inhumanas, llegando incluso a estar encadenadas⁴⁰.

17. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad considera que la hospitalización forzosa vulnera los artículos 12, 13, 14 y 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁴¹. No hay suficientes mecanismos de supervisión independiente y de rendición de cuentas para abordar las violaciones recurrentes de los derechos humanos en el contexto de los internamientos forzosos y el uso de instalaciones obsoletas⁴².

18. La institucionalización no solo afecta a las personas con discapacidades psicosociales y que utilizan los sistemas de salud mental, sino también a las personas que consumen drogas y las personas sin hogar, entre otras⁴³.

19. En promedio solo el 2,1 % de los presupuestos de salud a nivel mundial se destina a la salud mental, y la mayoría de los recursos se asignan a instituciones psiquiátricas, en lugar de a servicios de atención comunitaria no biomédica⁴⁴. Por consiguiente, los sistemas de atención comunitaria no están suficientemente desarrollados ni utilizados. Las escasas iniciativas que promueven la transición de la institucionalización a los servicios y el apoyo de la salud mental comunitarios se ven obstaculizadas por las limitaciones de las infraestructuras, la escasez crónica de fondos y la resistencia que oponen los sistemas biomédicos de salud mental⁴⁵. Esas prácticas suelen dejar atrás a las personas con discapacidades psicosociales o con necesidades de salud mental.

20. Los supervivientes de la institucionalización psiquiátrica han pedido reconocimiento, reparación y compensaciones por las violaciones de derechos humanos sufridas, de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos⁴⁶. Es necesario reconocer los daños y las vulneraciones de los derechos humanos perpetrados en el pasado y adoptar medidas efectivas para garantizar el reconocimiento y la reparación. Esto incluye, entre otras

³⁸ WHO, *Mental Health Atlas 2020* (Ginebra, 2021).

³⁹ Contribución de Indonesia Revolution and Education for Social Inclusion.

⁴⁰ Véase <https://www.hrw.org/report/2020/10/06/living-chains/shackling-people-psychosocial-disabilities-worldwide>.

⁴¹ CRPD/C/KOR/CO/1, párr. 29; CRPD/C/DOM/CO/1, párr. 27; y CRPD/C/AUT/CO/1, párr. 30. Véase también A/72/55, anexo.

⁴² Contribuciones de Health Justice; la Defensoría del Pueblo de la Nación (Argentina); la Defensoría del Pueblo (Georgia); la Comisión de Derechos Humanos y Justicia Administrativa de Ghana; y el Comité Nacional de Derechos Humanos (Qatar).

⁴³ Véase <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/consultation/mentalhealthoct2024/writtenstatements/2024-10-31-stm-doc.pdf>.

⁴⁴ Contribución del UNICEF.

⁴⁵ Contribuciones de Integrative Wellbeing; la Defensoría del Pueblo de la Nación (Argentina); Centre for Mental Health Law and Policy (India); y la Comisión Nacional sobre la Violencia contra la Mujer (Indonesia).

⁴⁶ Véase también CRPD/C/5.

cosas, la restitución y la rehabilitación. Esas medidas deberían ir más allá de la compensación económica⁴⁷. También es esencial dar prioridad al acceso a la asistencia comunitaria.

21. Otro motivo de preocupación en relación con las prácticas coercitivas son las denominadas terapias de conversión, también en el contexto de los servicios de salud mental. Los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas y la OMS han expresado su preocupación por este tipo de intervenciones, que pretenden cambiar por la fuerza la orientación sexual o la identidad de género de las personas lesbianas, gais, bisexuales o transgénero⁴⁸. Estas prácticas, que a menudo se dirigen a personas jóvenes, pueden incluir el internamiento forzoso en instituciones psiquiátricas y la administración de terapias de electrochoque y “terapias de aversión”, que resultan en daños físicos y psicológicos. Se ha determinado que estas prácticas no son éticas y que, en algunos casos, podrían equivaler a tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, de modo que deberían prohibirse⁴⁹.

C. Desafíos sistémicos en relación con la legislación y la aplicación de políticas

22. La gran mayoría de los Estados han ratificado los tratados de derechos humanos pertinentes en los que se reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Sin embargo, hay que tomar medidas para garantizar que las obligaciones internacionales se incorporen a las legislaciones nacionales y que las instituciones competentes tengan la capacidad necesaria para defender y hacer cumplir de manera efectiva estos derechos. Varios estudios e informes ponen de relieve las dificultades que plantea la aplicación de marcos de salud mental basados en los derechos humanos, sobre todo en entornos rurales y con escasos recursos⁵⁰.

23. En muchos contextos, los derechos de las personas con discapacidades psicosociales se vulneran mediante la limitación de su autonomía, participación y capacidad para dar su consentimiento libre e informado. Existe un amplio consenso sobre el hecho de que estas restricciones son problemas sistémicos que requieren la armonización con las normas internacionales de derechos humanos, en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁵¹. Muchos países tienen leyes que permiten el tratamiento forzoso o la institucionalización, en circunstancias específicas, como cuando se considera que una persona es un riesgo para sí misma o para los demás, por ejemplo mediante la aplicación de criterios como el del “último recurso”, la “necesidad médica” o la “incapacidad”⁵². Estas excepciones legales son preocupantes, ya que dan lugar a restricciones de los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y limitan

⁴⁷ Declaración de la Presidenta del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad con motivo de la clausura de la mesa redonda sobre desinstitutionalización, Ginebra, 18 de agosto de 2023, disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/crpd/statements/20230911-stm-deinstitutionalization.docx>.

⁴⁸ A/HRC/29/23, párrs. 14, 38 y 52; y A/HRC/44/53.

⁴⁹ A/56/156, párr. 24; A/HRC/29/23, párr. 52; A/HRC/44/53; y CAT/C/CHN/CO/5, párrs. 55 y 56.

⁵⁰ Contribuciones de Malasia; Marruecos; la Comisión Nacional sobre la Violencia contra la Mujer (Indonesia); la Defensoría del Pueblo de la Nación (Argentina); la Junta de Defensores del Pueblo de Austria; la Defensoría del Pueblo (Georgia); la Comisión de Derechos Humanos y Justicia Administrativa de Ghana; la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya; la Oficina del Defensor del Pueblo de la República de Moldova; el Consejo Nacional de Derechos Humanos (Egipto); y la Comisión de Derechos Humanos de Uganda.

⁵¹ Declaraciones realizadas en el marco de la consulta sobre salud mental y derechos humanos por Víctor Lizama, miembro de Red Orgullo Loco México (en español); Richa Sharma-Dhamorikar, Responsable de Investigación y Promoción de Transforming Communities for Inclusion; y Carlos Ríos Espinosa, Director Adjunto de la División de Derechos de las Personas con Discapacidad de Human Rights Watch. Véase <https://www.ohchr.org/es/health/mental-health-and-human-rights>. Véanse también las contribuciones de New Script for Health; y Global Human Rights Centre.

⁵² OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, págs. 13, 20 y 55; y Sangeeta Dey y otros, “Comparing legislation for involuntary admission and treatment of mental illness in four South Asian countries”, *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 13, núm. 1 (diciembre de 2019).

indebidamente la autonomía de personas con experiencia vivida, así como su participación en los procesos de toma de decisiones y su capacidad para dar su consentimiento. La denegación de la capacidad jurídica, tal y como se recoge en la Convención, es una de las principales lagunas de la legislación nacional, que afecta gravemente al disfrute y ejercicio de una amplia gama de derechos humanos, incluido el acceso a la justicia, el recurso efectivo y la reparación⁵³.

24. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, la Carta Árabe de Derechos Humanos y la Declaración de Derechos Humanos de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental incluyen disposiciones relativas al más alto nivel posible de salud física y mental. En particular, en sus Principios y Directrices sobre la Aplicación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos pide a los Estados que “integren la atención de la salud mental, en la medida de lo posible, en los sistemas de atención de la salud comunitarios y apoyen a las personas con discapacidad para que vivan de forma independiente en la comunidad, en lugar de en instituciones. A tal fin, es necesario redoblar los esfuerzos para poner servicios adecuados a disposición de las personas que viven en zonas rurales y barrios marginales, así como de los supervivientes de conflictos”⁵⁴.

25. Los artículos 6, 7 y 8 del 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) prevén excepciones al principio de consentimiento libre e informado recogido en el artículo 5 del mismo tratado, sobre la base de múltiples motivos⁵⁵. Desde 2014, el Consejo de Europa está elaborando un protocolo adicional al Convenio de Oviedo titulado “La protección de los derechos humanos y de la dignidad de las personas con trastornos mentales en relación con el ingreso no voluntario en establecimientos médicos y el tratamiento no voluntario”. Los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas, las organizaciones de la sociedad civil y otras partes interesadas han pedido la retirada del actual proyecto de protocolo, que, en su opinión, mantiene un enfoque de la política y la práctica en materia de salud mental basado en la coacción e incompatible con los principios y normas contemporáneos de derechos humanos y los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en particular en relación con la institucionalización⁵⁶.

26. Otro motivo de preocupación es la penalización del suicidio y de los intentos de suicidio, así como del consumo de drogas, lo que refuerza la estigmatización y disuade a las personas de buscar ayuda⁵⁷.

D. Acceso a atención y apoyo a la salud mental

27. Como se ha señalado, la escasez crónica de financiación limita la disponibilidad, la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud mental basados en los derechos en todo el mundo. También respalda la opinión de que en la mayoría de los sistemas sanitarios se sigue dando escasa prioridad a la financiación de los servicios de salud mental.

28. El acceso oportuno a sistemas de apoyo psicosocial resulta esencial. Los problemas de salud mental no tratados causan más angustia psicológica, agravan los problemas de salud física y requieren un mayor uso de los servicios sociales y de urgencias, lo que se traduce en

⁵³ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1 (2014), párrs. 9, 15 y 42; y A/HRC/37/56, párr. 15.

⁵⁴ Véase <https://achpr.au.int/en/node/871>.

⁵⁵ Véase <https://rm.coe.int/168007cf98>.

⁵⁶ Véase <https://www.mentalhealthurope.org/what-we-do/human-rights/withdraw-oviedo>; y <https://www.ohchr.org/es/2021/05/un-rights-experts-call-council-europe-stop-legislation-coercive-mental-health-measures>.

⁵⁷ Véase A/HRC/56/52.

costes adicionales directos e indirectos⁵⁸ para los sistemas de asistencia sanitaria y social y otros sectores.

29. El apoyo a la salud mental y las intervenciones tempranas y específicas basadas en los derechos humanos mejoran la calidad de vida, la productividad económica y la resiliencia general de las personas y las comunidades, lo que reduce los costos y las necesidades a largo plazo⁵⁹. Por consiguiente, invertir en sistemas sanitarios basados en los derechos también es más sostenible desde el punto de vista económico⁶⁰.

30. Los Estados han puesto en marcha medidas de respuesta al incremento de la carga de la deuda y las crisis económicas, lo que ha resultado en la reducción del acceso oportuno a sistemas de atención y apoyo de calidad⁶¹. Esas medidas han afectado tanto a las personas que solicitan servicios de asistencia y apoyo como a las que los prestan. Los profesionales de la salud y los cuidadores familiares a menudo están expuestos a problemas de salud mental como consecuencia de la precariedad sistémica y la falta de servicios comunitarios⁶².

31. Los recortes presupuestarios y la reducción de los presupuestos y recursos destinados a la salud mental han provocado que cada vez más personas con problemas de salud mental y que consumen drogas entren en contacto con la policía⁶³. Estas corren el riesgo de ser encarceladas⁶⁴ y tienden a pasar períodos más largos en prisión que las personas sin problemas de salud mental que se enfrentan a acusaciones similares⁶⁵. En algunos países, las fuerzas del orden son las que se encargan de responder en primer lugar a las llamadas de los servicios de salud y otros servicios sociales, incluidos los relacionados con la atención de la salud⁶⁶. Para abandonar el enfoque penal de la salud mental resulta urgente adoptar respuestas alternativas.

32. Los trabajadores de los centros escolares de todo el mundo carecen de formación en materia de salud mental, lo que con frecuencia se traduce en que los niños y adolescentes no reciban una atención sanitaria adecuada y oportuna. Así, con demasiada frecuencia los jóvenes no pueden acceder a servicios de apoyo a la salud mental oportunos y de calidad, lo que lleva a que sus problemas no sean diagnosticados o se agraven⁶⁷.

E. Falta de datos adecuados y oportunos

33. En general, la falta de datos sobre salud mental basada en los derechos impide comprender plenamente la situación tanto a nivel nacional como mundial, lo que limita la transparencia y la rendición de cuentas. La falta de datos adecuados y oportunos limita la capacidad de las autoridades nacionales y otros agentes para adoptar medidas específicas y adaptadas que respondan a los derechos y necesidades de las personas con discapacidades

⁵⁸ Véase <https://tpchd.org/wp-content/uploads/2023/12/Unattended-Mental-Health-Impact-on-Society.pdf>; y Heather L. Taylor y otros, “Economic burden associated with untreated mental illness in Indiana”, *JAMA Health Forum* (2023).

⁵⁹ Long Khanh-Dao Le y otros, “Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: a systematic review of economic evaluations”, *PLOS Medicine* (2021).

⁶⁰ Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, *OECD Health Policy Studies* (París, 2021).

⁶¹ Julia Nadine Doetsch y otros, “A scoping review on the impact of austerity on healthcare access in the European Union: rethinking austerity for the most vulnerable”, *International Journal for Equity in Health*, vol. 22, núm. 3 (2023).

⁶² Contribuciones de International Association for Hospice and Palliative Care; Maat for Peace, Development and Human Rights Association.

⁶³ A/HRC/54/69, párr. 34; y A/HRC/56/52, párr. 5.

⁶⁴ A/HRC/54/69, párr. 34; y A/HRC/56/52, párr. 5.

⁶⁵ A/HRC/54/69, párr. 34; y https://www.tac.org/reports_publications/serious-mental-illness-prevalence-in-jails-and-prisons.

⁶⁶ A/HRC/54/69, párrs. 35 a 52.

⁶⁷ A/HRC/51/19, párr. 47.

psicosociales y otros usuarios de servicios de salud mental⁶⁸. Un componente esencial del enfoque basado en los derechos humanos es la recopilación de datos cualitativos y cuantitativos exhaustivos para colmar las lagunas existentes. En el contexto de la salud mental basada en los derechos, la recopilación de datos debería centrarse, entre otras cosas, en la asignación de recursos, las disparidades en el acceso a servicios de atención y apoyo a la salud mental basados en los derechos, en particular para las personas más vulnerables y marginadas, y las pautas de discriminación. Los datos deberían desglosarse por edad, género, situación socioeconómica, discapacidad y otros factores, en función de cada contexto nacional⁶⁹. Las iniciativas de recopilación de datos deberían aplicar un enfoque basado en los derechos humanos que incluya estrechas consultas con las organizaciones que representan a las personas con discapacidades psicosociales, las personas que utilizan los servicios de salud mental y los miembros de minorías raciales y étnicas, entre otros requisitos⁷⁰.

34. La recopilación de datos sobre indicadores, como el acceso al empleo, la vivienda y la educación, y la situación socioeconómica general de las personas que utilizan los servicios de salud mental, puede suministrar información importante sobre las formas interseccionales de discriminación. También deberían recopilarse datos más detallados sobre las consecuencias indirectas para la salud mental del cambio climático, la migración y las dificultades económicas, con el fin de orientar las medidas de respuesta en la esfera de la salud mental⁷¹.

F. Limitaciones a la participación y la inclusión significativas de las personas con experiencia vivida

35. Las comunidades y las personas con experiencia vivida deberían participar activamente en el proceso de elaboración de las políticas y la legislación relativas a la atención de la salud mental⁷². Una participación significativa contribuye a garantizar que las políticas tengan más en cuenta las necesidades de los titulares de derechos y resulten más eficaces⁷³. Sin embargo, las asimetrías de poder arraigadas en muchos entornos de salud mental han obstaculizado una participación significativa⁷⁴. Con demasiada frecuencia, la participación de las personas con experiencia vivida se ha visto condicionada por prejuicios sistémicos, lo que ha obstaculizado su participación significativa y su capacidad para influir en las decisiones que las afectan⁷⁵. Además, a menudo se excluye a las familias y las comunidades de la participación en el proceso de elaboración y aplicación de las políticas y leyes en materia de salud mental. La escasez de recursos ha limitado la capacidad de los Estados para garantizar una participación real.

III. Facilitar la adopción de medidas normativas y de políticas para promover un enfoque basado en los derechos humanos de la salud mental

36. El ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidades psicosociales y que utilizan los servicios de salud mental requiere la adopción de medidas normativas y de políticas. Estas incluyen la elaboración de marcos jurídicos con un enfoque integrador; la armonización de las políticas con las normas internacionales de derechos humanos; la garantía del acceso a una asistencia sanitaria de calidad; la lucha contra la estigmatización y

⁶⁸ Contribuciones de Concepts of Truth, Inc; y Patriots for Growth and Development Initiative. Véase también OMS, *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos* (Ginebra, 2022), págs. 53-55.

⁶⁹ [A/HRC/34/32](#), párr. 36.

⁷⁰ OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, pág. 87.

⁷¹ Contribución de la Relatora Especial sobre la promoción y la protección de los derechos humanos en el contexto del cambio climático.

⁷² Contribución de Integrative Wellbeing.

⁷³ [A/79/162](#), párr. 66.

⁷⁴ Véase [A/HRC/35/21](#).

⁷⁵ Contribución de España.

la discriminación; y el fomento de la participación activa de las personas con experiencia vivida en los procesos de adopción de decisiones y en su propia recuperación. El objetivo de estas medidas es fomentar la equidad, el respeto y el empoderamiento y a la vez crear sistemas que defiendan la dignidad y apoyen la autonomía de todas las personas.

37. Al mismo tiempo, los determinantes externos, incluidos los factores sociales, económicos y ambientales, afectan a los sistemas de salud mental, y las iniciativas multisectoriales fuera del sistema de salud mental son esenciales para avanzar en la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos de la salud mental. Resulta crucial seguir investigando y analizando estrategias intersectoriales para abordar estas cuestiones, pero esto excede el alcance del presente informe.

A. Reformas de las políticas y leyes

38. La salud mental basada en los derechos se considera una parte integral de la atención de la salud para todos⁷⁶. Adoptar, modificar o aplicar a escala nacional una legislación basada en los derechos es fundamental para garantizar que las políticas, los sistemas, los servicios y los programas de salud mental ofrezcan a todas las personas una atención sanitaria de calidad basada en los derechos humanos y en la comunidad. Cuando existan medidas de política a nivel nacional, es fundamental garantizar que sean conformes con el derecho internacional de los derechos humanos.

39. Las iniciativas más amplias de reforma del derecho civil en lo que respecta a la capacidad jurídica y la garantía del consentimiento libre e informado en los sistemas de salud son requisitos esenciales para el establecimiento de una atención de la salud mental basada en los derechos⁷⁷. Para ese fin, la legislación debe establecer salvaguardias e impedir la coacción y los posibles abusos en el uso de intervenciones específicas. En ese contexto, es crucial crear un marco jurídico propicio para el desarrollo de servicios de salud mental que respeten los derechos de todos sus usuarios y basen todas las decisiones relativas al tratamiento en el consentimiento libre e informado de la persona.

40. La despenalización del suicidio es un ámbito en el que se requiere una reforma legislativa⁷⁸. Esto podría ayudar a reducir la estigmatización, alentar a las personas que se plantean el suicidio a buscar apoyo psicosocial a tiempo y facilitar una recopilación más precisa de estadísticas relacionadas con el suicidio para aportar respuestas de política mejor fundamentadas⁷⁹. Los ejemplos de colaboración entre las distintas partes interesadas nacionales, regionales e internacionales y dentro de ellas con el objetivo de fomentar el intercambio de políticas y la prevención del suicidio y de buscar orientación para la elaboración de políticas y leyes son encomiables, pero estas iniciativas deben basarse en los derechos humanos⁸⁰.

41. En algunos lugares se están llevando a cabo reformas legislativas destinadas a abolir las tutelas y centradas en adoptar modelos de apoyo para la toma de decisiones en relación con la atención de la salud mental⁸¹ o prohibir la creación de nuevas instituciones psiquiátricas con miras a promover la transición hacia una atención de la salud mental basada en la comunidad⁸².

42. Es necesario redoblar los esfuerzos dirigidos a ampliar la atención de la salud mental. A este respecto, cabe destacar la actualización del enfoque global de la salud mental de la Comisión Europea en mayo de 2024, que equipara la salud mental y la salud física. Entre

⁷⁶ A/HRC/35/21, párr. 54.

⁷⁷ OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, pág. 23–30.

⁷⁸ Contribución de Centre for Mental Health Law and Policy (India); Integrative Wellbeing; la Oficina del Defensor del Pueblo de la República de Moldova; y la Defensoría del Pueblo (Portugal);

⁷⁹ OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, pág. 98.

⁸⁰ Contribuciones del Uruguay; la Comisión de Derechos Humanos y Justicia Administrativa de Ghana; la Procuraduría de los Derechos Humanos (Guatemala); y el Comisionado del Parlamento de Ucrania para los Derechos Humanos.

⁸¹ Véase <https://govern.cat/salaprensa/acords-govern/14321/govern-incorpora-al-codi-civil-catala-figura-lassistencia> (en catalán).

⁸² OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, pág. 76.

otros elementos, la política se centra en el acceso a una atención de la salud mental de calidad y asequible y en la reinserción en la sociedad⁸³. Para ese fin, la Unión Europea ha puesto en marcha 20 iniciativas emblemáticas y se ha comprometido a otorgar financiación por valor de 1.230 millones de euros procedente de distintos instrumentos financieros.

B. Servicios basados en la comunidad

43. Dar prioridad a los enfoques basados en la comunidad es fundamental para abordar eficazmente la salud mental de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos. Algunos países, ciudades y regiones se han esforzado por lograr una transición gradual de las instituciones psiquiátricas centralizadas a los servicios de salud mental basados en la comunidad y centrados en la persona⁸⁴. La ciudad de Trieste, en Italia, por ejemplo, cuenta con cuatro centros comunitarios de salud mental en los que los profesionales sanitarios colaboran estrechamente con los familiares y que ofrecen apoyo en materia de vivienda, formación o educación complementaria y prácticas laborales. Estos esfuerzos se llevan a cabo en colaboración con las propias personas con experiencia vivida⁸⁵. En Ucrania, se han reforzado los equipos comunitarios de salud mental en el contexto del conflicto armado para abordar las necesidades de salud mental de forma más holística⁸⁶.

44. En algunos contextos locales, la colaboración entre los gobiernos locales, los promotores de salud comunitarios y los defensores de la salud mental, con la participación de personas con experiencia vivida, ha contribuido a modelos de atención sanitaria mental inclusivos y orientados a la comunidad. En la India, un programa se ha erigido en ejemplo de atención sanitaria mental de base comunitaria al formar a miembros de la comunidad para la prestación de apoyo a la salud mental, adaptando las prácticas tradicionales de autocuidado a estrategias profesionales de atención de la salud mental⁸⁷. Estos foros, en los que los miembros de la comunidad pueden adaptar sus conocimientos sobre salud mental a sus propias prácticas de autocuidado, a través de métodos de divulgación y proveedores de apoyo, se han revelado eficaces.

45. Los modelos basados en la comunidad son un ejemplo de asistencia a la salud mental basada en los derechos, ya que dan prioridad a la autonomía y la inclusión social. Por ejemplo, el Centro de Crisis Gerstein del Canadá presta servicios de intervención no coercitivos en situaciones de crisis, como apoyo telefónico 24 horas al día, 7 días a la semana, equipos móviles de asistencia para situaciones de crisis, derivación a servicios de apoyo comunitario, servicios de gestión de crisis por consumo de sustancias, seguimiento y acceso a camas para situaciones de crisis a corto plazo⁸⁸. Otros programas comunitarios aprovechan la tecnología y la implicación de la comunidad para mejorar el acceso a la atención de la salud mental y reducir la estigmatización, como el servicio de voluntariado comunitario Atmiyata, en la India⁸⁹. Este programa proporciona apoyo psicosocial y servicios de salud mental en seis distritos. En el Brasil, los centros de atención psicosocial son el pilar

⁸³ Véase https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_es.

⁸⁴ Contribuciones de Albania; Malasia; Eslovenia; España; Türkiye; la Procuraduría de los Derechos Humanos (Guatemala); El Centro Nacional de Derechos Humanos de Eslovaquia; y la Comisión de Derechos Humanos de Uganda.

⁸⁵ Véase <https://www.who.int/europe/news-room/19-12-2023-central-asian-countries-look-for-secrets-to-success-in-community-based-mental-health-reform-from-trieste-italy>.

⁸⁶ Véase <https://www.who.int/europe/news-room/12-03-2024-reaching-patients-with-severe-mental-health-disorders--who-hands-over-12-vehicles-for-community-health-providers-in-ukraine>.

⁸⁷ Véase <https://reachalliance.org/case-study/atmiyatas-volunteer-led-approaches-to-addressing-mental-health-in-rural-india>.

⁸⁸ Véase <https://gersteincentre.org>.

⁸⁹ Declaración realizada en el marco de la consulta sobre salud mental y derechos humanos por Soumitra Pathare, Director de Centre for Mental Health Law and Policy (India), disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/consultation/mentalhealthoct2024/session1-segment2/Promising-initiatives_Soumitra-Pathare.docx; y https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56176/9789275325933_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y, pág. 98

fundamental de la red de salud mental comunitaria del país, y prestan servicios especializados integrados de salud mental al nivel de la atención primaria⁹⁰.

46. Algunos modelos de inclusión comunitaria aplican un enfoque holístico centrado en el autocuidado, la nutrición, la actividad física, el empoderamiento de las familias, el desarrollo de competencias, el apoyo a los medios de subsistencia, la asistencia por homólogos y la facilitación del acceso a servicios comunitarios generales. Para fomentar la vida en comunidad y reducir los entornos restrictivos, se da prioridad a la resolución de conflictos y se crean espacios de diálogo que evitan la institucionalización y transforman el ecosistema psicosocial de una comunidad⁹¹. En la India, un modelo de viviendas comunitarias ayuda a las mujeres en el proceso de desinstitucionalización de los centros psiquiátricos⁹² y en Francia existe una iniciativa para el establecimiento de consejos locales de salud mental en los gobiernos regionales⁹³. Estos reúnen a representantes de los usuarios y profesionales de los servicios de salud mental y representantes elegidos con el objetivo de aplicar y mejorar las políticas locales de salud mental.

47. Las iniciativas de salud mental basadas en la comunidad también incluyen servicios de apoyo a los adolescentes y líneas telefónicas directas 24 horas al día, 7 días a la semana, que proporcionan acceso inmediato a asistencia y cuidados. Además, las redes comunitarias desempeñan un papel esencial en el fomento de una colaboración cultural y artística inclusiva. Las campañas contra la estigmatización refuerzan esas iniciativas mediante la movilización de activistas y la difusión de relatos de personas con experiencia vivida, con miras a reducir los prejuicios⁹⁴. En algunos países, las estrategias de intervención en situaciones de crisis se han integrado en planes de prevención del suicidio y de salud mental en sentido amplio, y ofrecen un apoyo oportuno y multidisciplinar. Se han puesto en marcha servicios de asesoramiento telefónico y atención posterior a las crisis para proporcionar apoyo interdisciplinario inmediato a las personas que lo necesitan⁹⁵. Además, los servicios de salud mental son cada vez más accesibles gracias a la digitalización, lo que puede resultar especialmente beneficioso en entornos de ingreso bajo en los que los sistemas de prestación de asistencia sanitaria experimentan limitaciones⁹⁶.

48. En los contextos posteriores a conflictos, la inclusión de intervenciones de salud mental en las estrategias nacionales y la prestación de apoyo a largo plazo en relación con el trauma son esenciales, aunque a menudo no se les otorga prioridad ni disponen de recursos suficientes⁹⁷. Algunas políticas nacionales han integrado la atención de la salud mental en las iniciativas de reconciliación más amplias y han utilizado un modelo basado en la comunidad⁹⁸. Se ha impartido formación a asesores locales y se ha dado prioridad tanto a la

⁹⁰ OMS, Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos (Ginebra, 2021), págs. 66-70.

⁹¹ Declaración realizada en el marco de la consulta sobre salud mental y derechos humanos por la Sra. Sharma-Dhamorikar, Transforming Communities for Inclusion.

⁹² Contribución de Centre for Mental Health Law and Policy (India); y <https://www.mhinnovation.net/innovations/home-again-housing-supportive-services-women-mental-illness-experiencing-long-term-care>.

⁹³ Artículo L3221-2 del Código de Salud Pública de Francia, disponible en https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687966/2011-08-01 (en francés); y contribución de la Fundación para la Democracia Internacional.

⁹⁴ Declaración realizada en el marco de la consulta sobre salud mental y derechos humanos por Magda Casamitjana Aguilà, Directora del Pacto Nacional de Salud Mental de Cataluña, Departamento de la Presidencia de la Generalitat de Cataluña, disponible en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/consultation/mentalhealthoct2024/session1-segment2/M-CASAMITJANA.pdf> (en español).

⁹⁵ Contribuciones de España; El Salvador; Malasia; y la Comisión Nacional de Derechos Humanos del Líbano,

⁹⁶ Janos L. Kalman y otros, "Digitalising mental health care: practical recommendations from the European Psychiatric Association", *European Psychiatry*, vol. 67, núm. 1 (2024).

⁹⁷ Chesmal Siriwardhana y otros, "Integrating mental health into primary care for post-conflict populations: a pilot study", *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 10, núm. 1 (diciembre de 2016). Véase también la contribución del Grupo de Trabajo sobre Derechos Humanos de la Universidad Americana de París.

⁹⁸ Véase <https://www.thinkglobalhealth.org/article/mental-health-care-rwanda-three-decades-resilience>.

sanación individual como a la cohesión social. En otros contextos, se desplegaron equipos móviles para identificar y atender las necesidades de salud mental de las poblaciones desplazadas y facilitarles el acceso a los servicios pertinentes⁹⁹.

49. Para los niños y jóvenes es crucial tener acceso a una serie de servicios de salud mental en las escuelas y en la comunidad. Algunos Estados han respondido a la crisis de salud mental posterior a la COVID-19 estableciendo programas de asesoramiento escolar con el objetivo de reforzar la intervención temprana, lo que ha dado resultados positivos¹⁰⁰.

C. Mejora de la rendición de cuentas mediante la vigilancia y la supervisión independientes

50. Los grupos en situación de marginación —como las personas que proceden de un entorno socioeconómico bajo, las minorías o los migrantes— suelen carecer de protección en el marco de la legislación sobre salud mental¹⁰¹. Esto puede conducir a malos tratos en “comunidades terapéuticas” y “campos de oración”, en los que se practica el encadenamiento y el encarcelamiento, a pesar de que son ilegales. La discriminación estructural y la insuficiente supervisión estatal suelen dejar a estos grupos sin acceso a la justicia, y su temor a la aplicación de la ley refuerza aún más la exclusión. Las violaciones persistentes de los derechos humanos, incluidos los internamientos forzados y el uso de instalaciones obsoletas, se ven agravadas por la falta de supervisión independiente y de rendición de cuentas¹⁰².

51. La rendición de cuentas en relación con el ejercicio del derecho a la salud mental depende de tres elementos: a) vigilancia; b) exámenes independientes y no independientes, como los realizados por órganos judiciales, cuasijudiciales, políticos y administrativos, así como por mecanismos de responsabilidad social; y c) recursos efectivos y reparación integral¹⁰³. Los países pueden establecer mecanismos de rendición de cuentas en materia de salud mental a través de la legislación, que tiene una importancia central para la vigilancia y la mejora de los sistemas y servicios de salud mental.

52. Estos mecanismos deberían garantizar el acceso a la justicia y el derecho a un recurso efectivo. En particular, las personas que interactúan con los servicios de salud mental deberían tener la posibilidad de presentar quejas y solicitar reparación. En algunos países, los tribunales han contribuido a la defensa de los derechos de las personas con discapacidades psicosociales y que utilizan los servicios de salud mental a través de sentencias progresistas y reformas judiciales¹⁰⁴.

53. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que todos los servicios y programas destinados a las personas con discapacidad sean supervisados de forma efectiva por autoridades independientes (art. 16 3)). Esta obligación también se aplica a los servicios y programas relacionados con la salud. Las comisiones de supervisión interdisciplinarias compuestas por representantes del Gobierno y del mundo académico, trabajadores de la salud mental, organizaciones de personas con discapacidad y organizaciones de familiares son un ejemplo de mecanismos de supervisión¹⁰⁵ y juntas de salud mental que garantizan el cumplimiento de las normas de derechos humanos¹⁰⁶. Los países pueden tener diferentes marcos para supervisar los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental, como organismos de supervisión en materia de salud mental, instituciones nacionales de derechos humanos y mecanismos nacionales de prevención, entre otros. La participación de las personas con experiencia vivida en las

⁹⁹ Contribución de Armenia.

¹⁰⁰ Comisionado de la Infancia y la Juventud de Escocia, “Mental health: counselling in schools” (Edimburgo, 2023).

¹⁰¹ OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, pág. 15.

¹⁰² Contribuciones de Health Justice; la Defensoría del Pueblo de la Nación (Argentina); la Defensoría del Pueblo (Georgia); la Comisión de Derechos Humanos y Justicia Administrativa de Ghana; y el Comité Nacional de Derechos Humanos (Qatar).

¹⁰³ [A/HRC/35/21](#), párr. 51.

¹⁰⁴ Contribución de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya.

¹⁰⁵ Contribución del Uruguay.

¹⁰⁶ Contribución de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya.

decisiones y procesos que las afectan, incluida la elaboración y aplicación de mecanismos de rendición de cuentas y supervisión, sigue siendo escasa, lo que demuestra la necesidad de redoblar los esfuerzos en esa esfera¹⁰⁷.

D. Lucha contra la estigmatización y sensibilización

54. En muchos países, las partes interesadas promueven activamente un enfoque de la salud holístico y basado en los derechos. Se esfuerzan por evitar la exclusión social y promover la igualdad en el empleo, la asistencia sanitaria y la educación de las personas con discapacidades psicosociales y las que utilizan los servicios de salud mental o podrían hacerlo en el futuro.

55. Algunos Estados han organizado campañas públicas de sensibilización sobre salud mental para reducir la estigmatización y prevenir el suicidio¹⁰⁸. Las organizaciones de la sociedad civil, entre otras, han realizado campañas de sensibilización sobre los derechos de las personas con experiencia vivida¹⁰⁹. En Sri Lanka, Nidhas Chinthana Sansadaya, un foro de acción de consumidores, pone en contacto a personas marginadas de las comunidades con profesionales de la salud mental, y con ello promueve las soluciones locales¹¹⁰.

56. Ante el aumento de los riesgos para la salud mental relacionados con el cambio climático, algunos Estados han integrado la salud mental y el apoyo psicosocial en las actividades prácticas de preparación frente a las catástrofes. Algunos países han puesto en marcha mecanismos de coordinación y planes de preparación y respuesta ante emergencias para abordar las necesidades psicosociales y de salud mental en caso de emergencias relacionadas con el clima¹¹¹. En Australia, Bangladesh, Burkina Faso, Haití y la India, la resiliencia de las comunidades se ha reforzado mediante el fomento de la educación en salud mental y la mejora de los conocimientos sobre el clima. En algunos contextos, se han diseñado aplicaciones de salud mental para adolescentes supervivientes de incendios forestales, que se difunden junto con campañas en los medios de comunicación para sensibilizar sobre la salud mental tras las catástrofes, desestigmatizar la búsqueda de ayuda y dar a conocer los recursos disponibles.

E. Integración de prácticas culturalmente adecuadas

57. Particularmente en los países en los que los servicios son de baja calidad o no están disponibles, las personas y sus familiares tienden a buscar prácticas alternativas a la atención de la salud mental, como el apoyo de líderes religiosos, chamanes o terapeutas alternativos¹¹².

58. La incorporación de prácticas de salud mental alternativas e indígenas en los modelos generales de atención de la salud mental puede prestar un apoyo culturalmente adecuado y eficaz si esas prácticas son plenamente compatibles con las normas de derechos humanos¹¹³. El concepto indígena del *buen vivir* aplicado en algunos países de América Latina hace hincapié en la comunidad, la dignidad y la armonía con la naturaleza, e inspira reformas del modelo de salud mental que priorizan la pertinencia cultural¹¹⁴. Ese y otros enfoques

¹⁰⁷ OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, pág. 103.

¹⁰⁸ Contribuciones de la Arabia Saudita; El Salvador; Malasia; Mauricio; Montenegro; Türkiye; la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya; la Comisión de Derechos Humanos de Omán; y el Comité Nacional de Derechos Humanos (Qatar).

¹⁰⁹ Contribución de la Comisión Nacional sobre la Violencia contra la Mujer (Indonesia);

¹¹⁰ Véase <https://www.mhinnovation.net/organisations/nidhas-chinthana-sansadaya-consumer-action-forum>.

¹¹¹ Contribución de la Relatora Especial sobre la promoción y la protección de los derechos humanos en el contexto del cambio climático.

¹¹² Muhammad Arsyad Subu y otros, "Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis", *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 15, núm. 1 (diciembre de 2021).

¹¹³ Contribución de Kailash Union.

¹¹⁴ Declaración realizada en el marco de la consulta sobre salud mental y derechos humanos por el Sr. Lizama.

promueven paradigmas que buscan la transformación social integrando valores y prácticas tradicionales en la política de salud mental, a fin de crear modelos de atención de la salud mental más inclusivos y eficaces.

F. Integración de la salud mental en la atención primaria

59. Los servicios de salud mental deberían ser accesibles y estar disponibles para todas las personas en los niveles de atención primaria y especializada¹¹⁵. Integrar la salud mental en la atención primaria es una estrategia eficaz para mejorar el acceso de las poblaciones subatendidas y garantizar que cualquier persona pueda acceder a los servicios de salud mental en una etapa temprana y cerca de su hogar y su comunidad¹¹⁶. Un avance prometedor en este sentido es la intensificación de los esfuerzos por integrar los servicios de salud mental en la atención primaria, haciendo que estos servicios sean más asequibles, aceptables, desestigmatizadores, holísticos y culturalmente apropiados. En Armenia, los servicios de salud mental se han integrado en los sistemas de atención primaria para los desplazados internos y las comunidades de acogida¹¹⁷. En Zimbabwe, consejeros laicos ofrecen apoyo a personas con experiencia vivida en el marco del proyecto “Banco de la Amistad”. Ese servicio de extensión comunitaria se ha implantado en todo el país y es parte de los servicios públicos de atención primaria¹¹⁸.

60. En algunos Estados, las estrategias integrales y las redes de servicios han mejorado el acceso a la atención de la salud mental, sobre todo en respuesta al aumento de la demanda tras la pandemia de COVID-19. La legislación también ha desempeñado un papel fundamental, al promover la introducción de intervenciones, servicios y medidas de apoyo para la salud mental en el marco de la atención primaria, con arreglo al principio de que la salud mental debería tener la misma importancia que la salud física.

61. Aunque estas medidas son importantes, no bastan para garantizar que todas las personas que lo necesitan tengan acceso a servicios de salud mental integrales y basados en los derechos. Se requieren esfuerzos concertados para garantizar que las intervenciones ofrecidas en el marco de la atención primaria se ajusten a un enfoque basado en los derechos. También deben abordarse las dificultades persistentes e importantes para lograr el acceso universal a la atención primaria.

G. Abordar los determinantes sociales de la salud mental

62. Por determinantes sociales de la salud se entiende los factores no biológicos más amplios que tienen efectos en la salud, como las condiciones ambientales, sociales, económicas y políticas en las que viven las personas, marcadas por la distribución de los recursos, las políticas y las estructuras sociales¹¹⁹. Es necesario actuar en los sectores de la economía, la sociedad y la justicia para abordar esos factores determinantes, por ejemplo mediante estrategias contra la discriminación y en favor de la igualdad de oportunidades, sistemas de apoyo y protección social basados en la comunidad, vivienda, empleo, acción contra el cambio climático y promoción de estructuras comunitarias que aumenten el reconocimiento social y el apoyo a la diversidad¹²⁰.

63. Existen iniciativas prometedoras que tienen por objetivo promover la inclusión de las personas con experiencia vivida en el lugar de trabajo mediante programas de formación profesional y otros programas de creación de capacidad. Estas iniciativas de formación desarrollan o refuerzan las competencias de los participantes en esferas como la generación de ingresos o la solicitud de empleo. Israel, Suiza y Tailandia han desarrollado servicios comunitarios de rehabilitación de la salud mental. La formación en mecánica de bicicletas,

¹¹⁵ A/HRC/35/21, párr. 78.

¹¹⁶ OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, pág. 90.

¹¹⁷ Véase <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2023>.

¹¹⁸ Véase <https://www.friendshipbenchzimbabwe.org>.

¹¹⁹ Véase https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

¹²⁰ OMS y ACNUDH, *Salud mental, derechos humanos y legislación*, pág. 24.

los conocimientos culinarios y la oratoria facilitan el acceso al empleo¹²¹. En algunos países, múltiples partes interesadas han formado a profesionales de la salud mental en la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos y en la prestación de servicios de salud mental basados en la comunidad.

64. Los programas de apoyo entre homólogos desempeñan un papel fundamental a la hora de abordar los determinantes sociales de la salud, ya que fomentan la conexión, reducen la estigmatización y facilitan el acceso a recursos que influyen en la salud mental y el bienestar¹²².

65. Estos programas han demostrado su eficacia a la hora de empoderar a las personas con experiencia vivida. Por ejemplo, la Iniciativa Nacional de Autodefensa de Uganda organiza grupos de apoyo entre homólogos en colaboración con líderes locales para ofrecer asistencia en materia de vivienda, empleo y apoyo social¹²³. Otros Estados facilitan servicios ambulatorios, visitas a domicilio y plataformas digitales para el acceso a distancia a los servicios.

66. En algunos entornos, las asociaciones han facilitado la participación activa de las personas con experiencia vivida en la planificación y aplicación de políticas y otras iniciativas¹²⁴. Sin embargo, a nivel general, la participación significativa de los usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares en los procesos de elaboración de políticas y de adopción de decisiones ha sido insuficiente y se ha limitado sobre todo a la promoción de la salud y la sensibilización, más que a la contribución a la toma de decisiones de alto nivel¹²⁵.

67. Durante las crisis financieras y económicas, las medidas de austeridad, en particular las medidas regresivas, solo deben adoptarse cuando sean inevitables. Estas medidas deben ser necesarias y proporcionadas, y estar en consonancia con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, incluido el derecho a la salud¹²⁶. Esto incluye prestar más atención a los derechos humanos de los familiares que ejercen de cuidadores¹²⁷ y a la protección de unas condiciones de trabajo justas y favorables para los trabajadores que se encargan de brindar asistencia y apoyo. Las necesidades de estas personas se pasan por alto a menudo, a pesar de que están expuestos regularmente al malestar psíquico¹²⁸.

IV. Conclusiones y camino a seguir

68. Se necesita de manera urgente acometer una reforma sistémica de los sistemas de salud mental, a fin de priorizar un enfoque basado en los derechos humanos. Esto implica pasar de una atención limitada a los enfoques biomédicos a una comprensión más holística e integradora de la salud mental y, por consiguiente, resulta esencial realizar una transición hacia la atención y el apoyo a la salud mental basados en la comunidad. Esto requiere cambios en la legislación y las políticas, en particular el paso de la institucionalización a la atención de la salud mental basada en la comunidad y el

¹²¹ Véase <https://www.enosh.org.il/english>; y <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1>.

¹²² Prashant Shekhar Tripathi, “Peer support programs in mental health nursing: harnessing lived experience for recovery”, *BRIO International Journal of Nursing Research*, vol. 5, núm. 1 (2024).

¹²³ Declaración realizada en el marco de la consulta sobre salud mental y derechos humanos por la Sra. Sharma-Dhamorikar, Transforming Communities for Inclusion.

¹²⁴ Declaración realizada en el marco de la consulta sobre salud mental y derechos humanos por la Sra. Casamitjana Aguilà.

¹²⁵ Teresa Hall y otros, “Service user and family participation in mental health policy making in Timor-Leste: a qualitative study with multiple stakeholders”, *BMC Psychiatry*, vol. 20, núm. 117 (2020).

¹²⁶ Véase [E/C.12/2016/1](#).

¹²⁷ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 5 (2017), párr. 67; y [A/HRC/52/32](#), para. 97 f).

¹²⁸ Contribuciones de International Association for Hospice and Palliative Care, Inc; y Maat for Peace, Development and Human Rights Association. Véase también Edward Cruz y otros, “Caring for the caregiver: an exploration of the experiences of caregivers of adults with mental illness”, *SSM – Qualitative Research in Health*, vol. 5 (2024).

suministro de recursos adecuados a las modalidades de atención de la salud mental basadas en la comunidad como alternativa a la institucionalización.

69. Las iniciativas de reforma legislativa deben ir acompañadas de medidas destinadas a combatir la estigmatización y la discriminación, ampliar el acceso a la atención y el apoyo a la salud mental basados en los derechos humanos y sentar unas bases más sólidas para la labor en esta esfera sobre la base de datos desglosados. Todas estas iniciativas deben basarse en el compromiso fundamental de garantizar una participación significativa de las personas con discapacidades psicosociales, las personas con experiencia vivida y los usuarios de los servicios de salud mental en el proceso de elaboración de las políticas relativas a estas cuestiones.

70. La financiación adecuada y la colaboración intersectorial son fundamentales para promover servicios de salud mental sostenibles basados en los derechos humanos y en la comunidad. Se necesita un enfoque interseccional para abordar la discriminación agravada por motivos de raza, situación socioeconómica, orientación sexual, discapacidad, identidad de género y otros determinantes a los que se enfrentan las personas con problemas de salud mental. Estos factores tienen consecuencias importantes en lo que respecta a la salud mental.

71. Para lograr esos objetivos, es necesario ampliar sustancialmente los recursos financieros que se destinan a los enfoques de salud mental basados en los derechos humanos, sobre todo en los países de ingreso bajo y mediano. Los donantes y los asociados internacionales para el desarrollo deben apoyar a los países que lo necesitan, y la cooperación internacional es especialmente necesaria para garantizar que los sistemas de salud mental basados en los derechos reciban financiación adecuada. Este apoyo se necesita de manera urgente para que los países puedan pasar de la institucionalización a una atención de la salud mental basada en la comunidad y en los derechos. Se requieren iniciativas más amplias para crear el margen fiscal necesario para otorgar el máximo de recursos disponibles con miras a lograr progresivamente el ejercicio pleno de los derechos económicos, sociales y culturales, lo que incluye la garantía de un nivel de vida adecuado, condiciones de trabajo justas y favorables, vivienda y acceso a la educación.

72. También resulta crucial la recopilación de datos detallados y la realización de análisis exhaustivos para empoderar a los grupos históricamente marginados y hacer efectivo su derecho a la salud. El papel de los datos es fundamental para lograr la paridad entre las demandas de salud física y mental, lo que incluye la integración de la atención mental en los sistemas de atención primaria y general, mediante la participación activa de todas las partes interesadas en la configuración de las políticas públicas.

73. El ACNUDH está dispuesto a apoyar las iniciativas destinadas a aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a la salud mental. Entre las futuras investigaciones e iniciativas en esta esfera podría incluirse la celebración de consultas en las cinco regiones con la participación de Estados, organismos intergubernamentales regionales, expertos en derechos humanos y organizaciones de la sociedad civil con miras a reunir datos, comprender los desafíos y recoger experiencias de vida. Esas consultas podrían ayudar al ACNUDH a prestar un apoyo adaptado a los Gobiernos y a los encargados de la formulación de políticas para incorporar enfoques basados en los derechos en los sistemas de salud mental. El ACNUDH también colabora con la OMS en la difusión de orientaciones sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Se necesitará prestar un mayor apoyo a esas esferas de trabajo para abordar las principales deficiencias y desafíos señalados en el presente informe.

V. Recomendaciones

74. El Alto Comisionado subraya la necesidad urgente de adoptar un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos, como elemento fundamental del derecho al disfrute al grado máximo de salud que se pueda lograr con arreglo al derecho internacional de los derechos humanos. En el informe, el Alto Comisionado también

reconoce la importancia de garantizar la coherencia y las sinergias entre las iniciativas adoptadas por los Gobiernos y otras instancias a nivel nacional e internacional para reforzar la integración de los derechos humanos en los marcos de salud mental.

75. El Alto Comisionado recomienda a los Estados partes y otras partes interesadas:

a) Velar por que la legislación nacional sobre salud mental sea plenamente compatible con las normas internacionales de derechos humanos. Cuando proceda, la reforma y la armonización de la legislación deberían servir como medio para promover el ejercicio de los derechos y la inclusión social;

b) Valorar la posibilidad de adoptar reformas jurídicas, políticas e institucionales con miras a abordar las siguientes cuestiones estructurales con carácter prioritario:

i) Cambiar el paradigma de los enfoques punitivos a la aplicación de medidas centradas en la salud y los derechos humanos, despenalizar el suicidio y el consumo y la posesión de drogas para uso personal y ofrecer alternativas al encarcelamiento; y abordar la estigmatización e introducir el acceso oportuno a servicios de atención y apoyo. Esto incluye la aplicación de un enfoque restaurativo centrado en la prestación de asistencia a la salud mental basada en la comunidad y no en el castigo;

ii) Garantizar que todas las intervenciones relacionadas con la salud mental se basen en el consentimiento libre e informado y reconocer que la capacidad de las personas para adoptar decisiones sobre su atención sanitaria y sus opciones de tratamiento es un elemento esencial del derecho a la salud. En consecuencia, poner fin a las prácticas coercitivas en la esfera de la salud mental, como el internamiento involuntario, el tratamiento forzoso, la reclusión y las restricciones, a fin de respetar los derechos de las personas que utilizan los servicios de salud mental. Garantizar que todos los sistemas de salud mental respetan la autonomía y el consentimiento informado de las personas con discapacidades psicosociales y las que utilizan los servicios de salud mental, de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos;

iii) Adoptar medidas, hasta el máximo de los recursos de que dispongan, con miras a garantizar servicios de salud mental disponibles, asequibles, accesibles, equitativos y culturalmente apropiados, también para los grupos en situación de marginación o vulnerabilidad;

iv) Adoptar protocolos y programas de formación que ofrezcan respuestas holísticas en caso de situaciones de salud mental no violentas, a través de equipos de crisis formados por profesionales de la salud mental, trabajadores sociales y especialistas homólogos. Cualquier respuesta de las fuerzas del orden, incluido el uso de la fuerza y la privación de libertad, debe ser excepcional y estar en plena conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos;

c) Priorizar la transición de una asistencia mental institucional a una asistencia mental y unos servicios de apoyo de carácter comunitario y basados en los derechos que pongan énfasis en la recuperación, la autodeterminación y la integración social;

d) Integrar intervenciones basadas en la comunidad y dirigidas por homólogos culturalmente apropiadas en las iniciativas de salud mental. Asignar recursos suficientes a la salud mental, en particular a la asistencia y el apoyo a la salud mental basados en la comunidad. Tener en cuenta las necesidades de las personas de las zonas rurales, las comunidades de bajos ingresos y las poblaciones marginadas;

e) Llevar a cabo campañas para combatir la estigmatización en relación con la salud mental a nivel nacional velando por incluir las opiniones de las personas con experiencia vivida y promover la concienciación y la comprensión en la sociedad;

f) Garantizar que las fuerzas de seguridad, los profesionales de la salud, los encargados de la formulación de políticas y los líderes comunitarios reciban formación específica para abordar los prejuicios, adoptar enfoques basados en los derechos y

combatir la estigmatización y los abusos, como exige el derecho internacional de los derechos humanos. Desarrollar programas integrales centrados en las necesidades de las mujeres, los niños, las personas con discapacidad, los jóvenes, las personas LGBTIQ+, los refugiados y las minorías para promover la equidad y la inclusión;

g) Poner en marcha programas de prestaciones sociales no contributivas para personas con problemas de salud mental, con miras a abordar las desigualdades sistémicas y garantizar un nivel de vida adecuado, en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos;

h) Establecer sistemas sólidos de recogida de datos desglosados sobre salud mental que tengan en cuenta las intersecciones con la raza, el género y los factores socioeconómicos, y abordar las disparidades;

i) Establecer mecanismos de justicia restaurativa para los supervivientes de prácticas de salud mental coercitivas, por ejemplo compensaciones económicas, disculpas públicas y supervisión dirigida por la comunidad, en consonancia con los principios de justicia y reparación en el marco del derecho internacional de los derechos humanos.
