



Asamblea General

Distr. general
12 de abril de 2019
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

41^{er} período de sesiones

24 de junio a 12 de julio de 2019

Tema 3 de la agenda

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

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

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

Resumen

En este informe, presentado de conformidad con la resolución 33/9 del Consejo de Derechos Humanos, el Relator Especial explica en detalle el papel fundamental de los factores sociales básicos determinantes de la salud en relación con el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental.

El Relator Especial señala importantes oportunidades y dificultades relacionadas con un enfoque basado en los derechos humanos en cuanto a la adopción de medidas sobre los factores determinantes necesarios para la promoción de la salud mental. Sostiene que la buena salud mental y el bienestar no pueden definirse por la ausencia de un problema de salud mental, sino por el entorno social, psicosocial, político, económico y físico que permite a las personas y a las poblaciones vivir una vida digna, con pleno disfrute de sus derechos y en el marco del aprovechamiento equitativo de sus posibilidades.

El Relator Especial destaca la necesidad y la obligación de los Estados de establecer y mantener entornos propicios que incorporen un enfoque de la salud mental basado en los derechos y que valoren la vinculación social y el respeto mediante relaciones no violentas y sanas en los planos individual y social, promoviendo una vida digna y de bienestar para todas las personas a lo largo de toda su existencia.



I. Introducción

1. La promoción y protección del derecho a la salud mental y al bienestar es una esfera prioritaria para el Relator Especial (véase A/HRC/29/33). En el marco de informes y otras actividades anteriores, el titular del mandato ha hecho de la salud mental una de sus prioridades en materia de derechos humanos y desarrollo. En el presente informe, el Relator Especial destaca la importancia de los factores sociales básicos determinantes de la salud en relación con la promoción del ejercicio efectivo del derecho a la salud mental. Utiliza un marco de promoción de la salud mental que hace hincapié en la importancia de mejorar el bienestar de todos, incluidas, entre otras, las personas con discapacidades intelectuales, cognitivas, psicosociales o de otro tipo. Para la promoción de la salud mental, un enfoque basado en los derechos ofrece una alternativa al modelo biomédico, centrado en la enfermedad, que utiliza un criterio restringido e individual para la prevención de los problemas de salud mental. El Relator Especial recalca la necesidad y la obligación de los Estados de crear y mantener condiciones concretas que promuevan una vida digna y el bienestar de todos.

2. Las comisiones y los procesos políticos internacionales han impulsado la adopción de medidas de promoción de la salud a partir de la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, aprobada en 1986 en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en la que se estableció un plan radical para la adopción de medidas en el ámbito de la salud pública. En 2008, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó sus conclusiones sobre los determinantes de la salud y sus efectos en la desigualdad sanitaria a nivel mundial¹. En 2011, los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, en la que se manifestaba un compromiso político a nivel mundial a los efectos de reducir las desigualdades en materia de salud, lo que requería abordar la cuestión de los determinantes sociales. Del mismo modo, en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, aprobado por la Asamblea General² en 2015, los Estados Miembros reconocen la interrelación y la importancia de los determinantes sociales de la salud para lograr “una vida sana y promover el bienestar para todos y a todas las edades”.

3. Si bien se ha hecho alguna referencia a los derechos humanos en tales compromisos mundiales, en general esa referencia no se ha desarrollado bien, lo que se ha considerado una oportunidad perdida (véase A/71/304). En el marco de la labor emprendida para desarrollar y dar forma al derecho a la salud se podría establecer con mayor énfasis la función decisiva de los determinantes de la salud. Es importante que estos dos discursos —los determinantes sociales y los derechos humanos— sigan convergiendo no solo en la teoría, sino también en las políticas y la práctica. El Relator Especial reconoce la gran cantidad de investigaciones y pruebas que vinculan el entorno físico con los resultados en materia de salud y con el disfrute del derecho a la salud. Sin embargo, es preciso que los expertos en derechos humanos y en los determinantes sociales de la salud realicen más investigaciones sobre el entorno psicosocial.

4. La conceptualización de los determinantes de la salud mental requiere concentrarse en las relaciones y la vinculación social, lo que exige intervenciones estructurales en la sociedad y fuera del sector de la salud. Todavía hay una tendencia a utilizar modelos individualizados y causales para identificar determinantes de la salud mental como la violencia juvenil y las autolesiones. Esa tendencia da lugar a intervenciones centradas en factores de comportamiento inmediatos e individuales, en lugar de abordar adecuadamente las condiciones estructurales, que son las causas fundamentales. El cambio que se requiere a nivel de todo el sistema, aunque esté bien formulado en los documentos sobre políticas, no suele llevarse a cabo en la práctica. Las concepciones rígidas de los determinantes, junto

¹ OMS, “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud – Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud” (Ginebra, 2008).

² Véase la resolución 70/1 de la Asamblea General.

con una dependencia excesiva de las explicaciones biomédicas de la angustia emocional y los problemas de salud mental, desvían la atención política de las políticas y medidas basadas en los derechos y que promueven la salud. Esta cuestión de los derechos humanos, que ha sido manifiestamente postergada, requiere una actuación urgente.

5. La explicación de las desigualdades en materia de salud mental va mucho más allá de lo biológico y lo individual y se extiende a lo social, lo económico y lo político. La vida de las personas se ve a menudo limitada por leyes y estructuras de gobierno y poder no equitativas, así como por políticas que estratifican a la sociedad, lo que afecta profundamente a las relaciones humanas y a la forma en que las personas actúan a lo largo de sus vidas. El derecho a la salud mental complementa esta idea con el requisito de que a nadie se le niegue el acceso a un entorno psicosocial saludable para mantener su bienestar, y que toda persona tenga derecho a una vida con respeto, con nexos sociales, con igualdad de oportunidades y con dignidad.

6. La labor sobre los determinantes también está influyendo en la evolución de la cuestión de la salud mental. El Plan de Acción Integral de la OMS sobre Salud Mental 2013-2020 incluye entre sus cinco objetivos clave la promoción de la salud mental a través de la actuación sobre los determinantes sociales. Sin embargo, ese objetivo no se ha traducido en medidas en la práctica. En las políticas, la financiación, las prioridades de investigación y el debate sobre la forma de fortalecer la respuesta a los problemas de salud mental en el mundo siguen predominando los esfuerzos dirigidos a las personas y sus problemas de salud mental, como los llamamientos para que se amplíen los servicios que ofrecen tratamiento. Este enfoque tiende a reforzar aspectos biomédicos que no tienen en cuenta tratamientos alternativos, subestiman el papel de la psicoterapia y otras intervenciones psicosociales y, lo que es más importante, no abordan la cuestión de los determinantes, lo que contribuye a una deficiente salud mental.

7. Ha recaído sobre personas la carga de gestionar y afrontar los daños sistémicos causados por el desconocimiento de los determinantes de la salud. Esas personas optan entonces por un sector de atención de la salud mental que a menudo carece de recursos y enfoques adecuados para hacer frente a los problemas colectivos. Los Estados tienen la obligación de garantizar que las personas puedan ejercer su derecho a negarse a recibir tratamiento y de ayudar a quienes tratan de obtener acceso a un tratamiento, una asistencia y un apoyo basados en los derechos (como el apoyo social, la prestación de servicios gestionados por el usuario u otros servicios alternativos). Los Estados también tienen la obligación de generar entornos propicios y favorables que fomenten la salud mental y el bienestar.

8. Los derechos humanos tienen por objeto proteger el bienestar de las personas y, por lo tanto, son determinantes de la salud mental. Unos 70 años después de la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, hay pruebas de que están mejorando los indicadores de mala salud mental basados en los derechos. Entre ellos se incluyen una reducción general del suicidio³, avances mundiales en la reducción de la pobreza extrema⁴, una reducción de la violencia interpersonal⁵, una mayor igualdad de género⁶, una tendencia hacia la abolición de los castigos corporales de los niños⁷ y una reducción general de los regímenes totalitarios⁸. Esa tendencia induce a pensar que han tenido un efecto positivo las políticas y prácticas de las sociedades de todo el mundo basadas en los derechos humanos. No obstante, esos avances se ven amenazados por un movimiento creciente de poderosos grupos de interés mundiales que se oponen a los principios universales de derechos humanos y sostienen que ha fracasado el orden mundial de la posguerra, en el que se

³ Véase Bertolote, J. M. y De Leo, D., “Global suicide mortality rates – a light at the end of the tunnel?” en *Crisis: the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 33, núm. 5 (2012), págs. 249 a 253.

⁴ Véase <https://ourworldindata.org/poverty-at-higher-poverty-lines>.

⁵ Véase Grupo Banco Mundial, *World Development Report 2017: Governance and the Law* (2017), pág. 133.

⁶ Véase Grupo Banco Mundial, “Women, business and the law 2019: a decade of reform” (2019).

⁷ Véase Frank Elgar y otros, “Corporal punishment bans and physical fighting in adolescents: an ecological study of 88 countries” en *BMJ Open* (2018).

⁸ Véase Freedom House, “Freedom in the world 2018: freedom in crisis”.

establecieron tales principios. Es preciso rebatir este falso planteamiento, ya que socava las obligaciones de los Estados de proteger y promover los derechos humanos, incluido el derecho a la salud.

9. El presente informe se centra en la forma en que pueden reforzarse esos debates políticos interrelacionados, los imperativos de los derechos económicos y sociales y la lucha por superar los obstáculos estructurales merced al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En particular, el Relator Especial hace hincapié en que la forma de hacer efectivo el derecho a la salud mental puede servir de guía para llevar a cabo una labor más integral, equitativa, responsable y centrada en la comunidad en relación con la promoción de la salud mental.

10. La terminología utilizada en el ámbito de la salud mental constituye una cuestión controvertida. Es necesario aceptar diferentes términos en función de cómo las personas definen sus propias experiencias de salud mental. La “salud mental” propiamente dicha puede representar una tradición biomédica para explicar y comprender experiencias vividas, angustia psíquica o emocional, traumas, el hecho de escuchar voces o una discapacidad. El Relator Especial reconoce que se trata de una esfera controvertida y que, si se utilizan adecuadamente, son importantes el sector de la salud y el modelo médico. Alienta a las partes interesadas a que reflexionen sobre la forma en que el predominio biomédico ha llevado a una excesiva medicalización del sector de la salud, en particular el de la salud mental, lo que ha impedido que se utilicen los recursos de un enfoque basado en los derechos para la promoción de la salud mental. El Relator Especial acoge con satisfacción la diversidad de la terminología, que puede promover diferentes enfoques de la salud mental que son igualmente importantes.

II. La promoción de la salud mental: un derecho humano, no un lujo, para toda la población

A. Un marco integral para comprender las obligaciones de promover la salud mental

11. En la Constitución de la OMS, la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Ese amplio concepto de la salud, en particular de la salud mental, se reafirmó en una serie de instrumentos internacionales y declaraciones políticas, incluido el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Relator Especial recuerda a los interesados que el derecho a la salud no es el derecho a estar sano, sino el derecho tanto a condiciones como a servicios que conduzcan a una vida digna e igualitaria, y a la no discriminación en relación con la salud.

12. La interdependencia de los derechos es un principio fundamental para un enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos. El logro de una salud mental y un bienestar satisfactorios es el resultado del pleno ejercicio efectivo de los derechos consagrados en el derecho internacional de los derechos humanos y un medio para alcanzarla.

13. Uno de los principales determinantes de la salud mental es el de hacer efectivos todos los derechos humanos. La relación entre el derecho a la salud y otros derechos humanos es indivisible: la salud permite hacer efectivos otros derechos, y algunos derechos contribuyen a hacer efectivo el derecho a la salud. Aunque el derecho a la salud es un derecho social y económico, ello no resta importancia a los derechos civiles y políticos como medio de promoción de la salud mental. Las disposiciones que permiten a todos participar de manera activa y efectiva en la toma de decisiones y en la adopción de medidas civiles, así como la rendición de cuentas por parte del Estado, son esenciales para hacer realidad el derecho a la salud mental.

14. Al Relator Especial le sigue preocupando que ciertos derechos que son indispensables para la salud mental, como el derecho a la libertad, el derecho a no ser

sometido a tortura y el derecho a la vivienda, se apliquen con demasiada frecuencia de manera aislada (véase A/73/216). Esta limitada gama de derechos humanos no es suficiente para poner de relieve la experiencia integral de las personas y sociedades, especialmente las que han quedado más rezagadas a causa de los servicios de salud mental existentes. Este no es un enfoque de la salud mental basado en los derechos. La utilización de criterios selectivos para comprender la salud mental y actuar en consecuencia no permite hacerse una idea cabal de la necesidad manifiestamente insatisfecha de adoptar medidas basadas en los derechos en relación con los determinantes de la salud mental. Los errores sistémicos causados por esos criterios selectivos se ponen de manifiesto en las experiencias contemporáneas de personas con problemas graves de salud mental. En muchos países, esas personas se ven privadas de sus derechos sociales y económicos básicos, viven en alojamientos precarios, están subempleadas, tienen escaso acceso a la educación y carecen de acceso a servicios de salud suficientes o apropiados. Tampoco es aceptable que, incluso si se les prestan servicios como los de atención de la salud, alimentación y vivienda, esas personas se resulten privadas de sus derechos y libertades civiles cuando se ven obligadas a vivir en instituciones psiquiátricas de régimen cerrado.

15. Situar el derecho a la salud en el centro de las medidas basadas en los derechos a los efectos de la promoción de la salud mental garantiza la inclusión de elementos específicos del derecho a la salud: la obligación de promover y proteger los determinantes de la salud, la cooperación y la asistencia internacionales, el logro progresivo de la efectividad de los derechos y la asignación de la mayor cantidad posible de recursos disponibles a la atención de la salud.

16. En su observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estableció una lista de determinantes básicos de la salud en apoyo de una concepción amplia de la salud. Sin embargo, la lista no tiene carácter exhaustivo y debe interpretarse a la luz de la evolución de las normas y de los conocimientos científicos. Entre otras cosas, se reconoce que la autonomía y la libre determinación de la persona, incluido su derecho a participar en la adopción de decisiones médicas, son esenciales para la buena salud (véanse A/64/272 y A/HRC/32/44)⁹. Por el contrario, la carencia relativa de poder es una causa fundamental de la desigualdad social y de una mayor fragilidad de la salud mental y física. Se reconoce cada vez más que el entorno psicosocial es tan importante para la salud como el entorno físico (véase el párr. 53)¹⁰.

17. El derecho a la salud también está consagrado en varios tratados internacionales. De hecho, los órganos creados en virtud de tratados han adoptado progresivamente interpretaciones que incluyen no solo requisitos materiales indispensables para una buena salud individual, sino también determinantes psicosociales y estructurales que promueven el bienestar tanto de las personas como de la sociedad. Esos determinantes abarcan la inclusión en la comunidad¹¹, un entorno libre de violencia para los niños¹², la eliminación de la violencia contra la mujer¹³, la participación en la diversidad cultural¹⁴ y la erradicación de la xenofobia¹⁵. Asimismo, el Relator Especial ha examinado anteriormente la

⁹ Véase Whitehead, M. y otros, “How could ‘control over destiny’ lead to socioeconomic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment” en *Health & Place*, vol. 39 (2016), págs. 51 a 61.

¹⁰ Véase Richard Wilkinson y Pickett Kate, *The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Security and Improve Everybody's Well-being* (Allen Lane, 2018).

¹¹ Véase Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

¹² Véase Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13 (2011) sobre el derecho del niño a no ser sometido a ninguna forma de violencia.

¹³ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, párrs. 7 y 8.

¹⁴ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 21 (2009), sobre el derecho de toda persona a participar en la vida cultural, párr. 16.

¹⁵ Véase la observación general conjunta núm. 3 (2017) del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y núm. 22 (2017) del Comité de los Derechos del Niño sobre los principios generales relativos a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional, párrs. 20 y 40.

importancia normativa de los factores psicosociales determinantes de la salud en relación con las personas en movimiento (véase A/73/216), las personas privadas de libertad (véase A/HRC/38/36), las personas con discapacidad psicosocial (véase A/HRC/35/21) y los niños y adolescentes (véanse A/70/213 y A/HRC/32/32).

B. Obligaciones

18. Los Estados tienen la triple obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental, incluidos los determinantes básicos para promover esa salud. El respeto del derecho a la salud mental exige que los Estados garanticen políticas, leyes y prácticas que no obstaculicen la promoción de la salud mental o el bienestar, en particular de las personas que se encuentran en las situaciones más desfavorecidas. Los recortes de la protección social, las leyes y políticas que restringen el acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva, la penalización de la posesión o el cultivo de drogas para uso personal, las leyes que reducen el espacio de la sociedad civil y los castigos corporales de los niños y los adultos son algunos ejemplos de la forma en que los gobiernos pueden socavar directamente la promoción de la salud.

19. La protección de la salud mental requiere la adopción de las medidas necesarias para evitar la interferencia de terceros. Ciertas prácticas nocivas, como la “terapia de conversión” para las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, los centros privados o “campamentos” en los que se utiliza la religión en lugar de la ciencia para el tratamiento de la farmacodependencia o de los conflictos de salud mental y la influencia desproporcionada que ejercen las empresas farmacéuticas en la divulgación de información tendenciosa sobre las cuestiones relacionadas con la salud mental (véase A/72/137), requieren una acción positiva y protectora por parte del Estado. En muchas partes del mundo, esas prácticas son el resultado de un complejo conjunto de factores, como los desequilibrios de poder que dan lugar a la utilización sesgada de pruebas parciales, la falta de inversión en políticas y servicios basados en los derechos y la excesiva dependencia de medidas coactivas, punitivas y demasiado medicalizadas. Esas prácticas también ponen de manifiesto el incumplimiento de las obligaciones de hacer efectivo el derecho a la salud: demuestran una falta de voluntad política para apoyar, reproducir y mantener intervenciones sociales basadas en datos empíricos que fomenten el bienestar, prevengan la discriminación y promuevan la inclusión social.

20. Los Estados deben facilitar, proporcionar y promover condiciones que permitan lograr la salud mental y el bienestar. Para hacer efectivo el derecho a la salud mental se requiere no solo una atención equitativa de la salud (y alternativas al modelo biomédico), sino también intervenciones públicas de salud mental que puedan proteger a las poblaciones de los principales factores de riesgo de una salud mental deficiente. Para ello es necesario actuar fuera del sector de la salud en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades. También incluye facilitar el mejor comienzo posible de la vida de los niños mediante un apoyo familiar basado en hechos objetivos, como la licencia parental y las condiciones para una maternidad sin riesgos, intervenciones de apoyo a la crianza de los hijos y la educación en la primera infancia. Los Estados deben proporcionar personal adecuado en apoyo de esas actividades y reconsiderar la manera de generar recursos para la recuperación de la salud social, el fortalecimiento de la comunidad y la promoción de una sociedad saludable. Los Estados también deben formular políticas nacionales encaminadas a reducir o eliminar la toxicidad del entorno físico y psicosocial.

C. Asignación de recursos

21. La asignación de recursos para la promoción de la salud mental no es una tarea fácil, y las limitaciones de recursos varían de un país a otro. Los Estados tienen la obligación de comprometer el máximo de los recursos disponibles para lograr la realización progresiva del derecho a la salud. En su observación general núm. 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoció que las limitaciones de recursos eran un obstáculo; por consiguiente, el Pacto prevé la realización progresiva del derecho a la salud. Si bien al Relator Especial le preocupa que los Estados no inviertan suficientes recursos en

salud mental en general, le preocupa aún más que una mayor proporción de los recursos disponibles se destine a sistemas ineficaces que dependen excesivamente de la medicalización, la coacción y el internamiento en instituciones, la estigmatización de la reproducción, la discriminación, el desempoderamiento y la indefensión.

22. El derecho a la salud mental también incluye obligaciones de efecto inmediato, como la prestación no discriminatoria de servicios para promover la salud mental y el acceso equitativo a las intervenciones y a los determinantes básicos para las personas que se encuentran en situaciones sumamente marginadas. Las obligaciones básicas incluyen la formulación y aplicación de estrategias nacionales de salud mental pública en todos los sectores de las políticas públicas y no solo en el marco de la atención de la salud. Las obligaciones básicas enunciadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su observación general núm. 14 deben considerarse al mismo tiempo que la evolución de las investigaciones y los datos objetivos sobre la promoción de la salud mental.

23. A fin de lograr la realización progresiva del derecho a la salud, los Estados deben adoptar medidas deliberadas, concretas y selectivas para hacer efectivo el derecho a la salud mental en todas sus formas, incluida la promoción de la salud mental. Al hacer hincapié en las condiciones necesarias para prosperar y progresar, los puntos de referencia no solo pueden cerrar la “brecha del tratamiento”, sino que también pueden contribuir a establecer indicadores que se centren en los factores de protección en las fases iniciales, como un nivel de vida adecuado y la inclusión social¹⁶.

D. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

24. Para que se respete el derecho a la salud, es necesario que siempre haya determinantes de la salud mental disponibles, accesibles, aceptables y eficaces.

25. Los determinantes de la salud mental y las medidas para promoverla deben estar disponibles en cantidad suficiente y adecuada. La disponibilidad se refiere a la presencia de determinantes sociales básicos y subyacentes que son esenciales para la promoción del bienestar de las personas y la sociedad, incluido el acceso a la información y la educación relacionadas con la salud, y a relaciones saludables y positivas entre las personas, basadas en la confianza, el respeto y la tolerancia. Es importante destacar que las relaciones comunitarias y el parentesco pueden resultar beneficiosos cuando se refuerzan factores como el acceso a la vivienda, la alimentación, la seguridad social y la integración en la comunidad, y cuando se eliminan barreras legales como la criminalización de la pobreza, la falta de vivienda o el consumo de drogas.

26. Los determinantes de la salud mental y las medidas para promoverla deben ser accesibles sin discriminación, en particular para las personas en situación de vulnerabilidad. Ello incluye la accesibilidad física y económica a determinantes como los entornos escolares y domésticos no violentos, los lugares de trabajo saludables en los que se respete la totalidad de los derechos laborales y una sociedad civil vigorosa y activa que apoye las luchas de las personas más rezagadas.

27. Los determinantes de la salud mental y las medidas para promoverla también deben ser aceptables para las personas y las comunidades de que se trate. Ese contexto requiere la participación activa de las comunidades y el fomento del espacio cívico. Lo que determina la admisibilidad de las medidas son las necesidades propias de la sociedad a lo largo de todo su ciclo vital, así como las necesidades específicas de cada sexo y el respeto de la diversidad, en particular la diversidad cultural y la neurodiversidad.

28. Las medidas que se adopten para hacer efectivo el derecho a la salud mental deben ser eficaces y requieren datos e información de carácter multidisciplinario y basados en hechos objetivos. Cada vez es más frecuente dar respuesta a los problemas de salud mental

¹⁶ Como ejemplo nacional del establecimiento de indicadores de salud mental basados en la equidad, véase Servicio Nacional de Salud de Escocia, *Scotland's mental health: Adults 2012* (Edimburgo, 2012).

mediante la coacción, como excepción permitida por la legislación. La inversión continua en políticas y servicios en los que predominan los modelos de coacción, la excesiva medicalización y la institucionalización es un importante obstáculo para hacer efectivo el derecho a la salud mental. Esos sistemas refuerzan los círculos viciosos de estigmatización, discriminación y exclusión social y pueden ser más perjudiciales que los problemas de salud mental a los que se supone que deben hacer frente.

E. Asistencia y cooperación internacionales

29. La obligación de cooperar internacionalmente para hacer efectivo el derecho a la salud mental está reconocida en diversos tratados internacionales y se ve reforzada por el compromiso de establecer una alianza mundial para el desarrollo sostenible, contraído en el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 17. Los Estados que estén en condiciones de prestar asistencia deben prestarla en el plano internacional para ayudar a los Estados de bajos ingresos a hacer efectivo el derecho a la salud mental. Existe una obligación inmediata de abstenerse (o desistir) de prestar asistencia para el desarrollo cuando esta sea discriminatoria o cuando se cometan actos de violencia u otras vulneraciones de los derechos humanos. La cooperación internacional para promover el bienestar no debe considerarse que representa un beneficio económico o moral para los gobiernos interesados, sino una obligación jurídica.

30. El Relator Especial reitera los llamamientos anteriores para que se asignen recursos suficientes a la asistencia internacional, lo que requiere una respuesta más equilibrada, basada en los derechos y que haga hincapié en la promoción de la salud mental (véase A/HRC/35/21). Aunque está aumentando la asistencia para el desarrollo destinada a la promoción de la salud mental en todo el mundo, los presupuestos de asistencia para el desarrollo internacional no superan el 1 % de la inversión en salud mental¹⁷. Los indicadores y las tendencias de la ayuda a nivel mundial siguen centrándose en conocimientos sesgados procedentes de investigaciones y programas biomédicos que, en sí mismos, no se puede considerar que cumplan las obligaciones relativas al derecho a la salud. Al Relator Especial le preocupa que el enfoque basado en los derechos humanos no esté plenamente integrado en los proyectos internacionales que ayudan a los países en desarrollo a mejorar sus políticas y servicios de salud mental. Si no se realizan esfuerzos claros para promover la investigación y la adopción de medidas sobre la epidemiología política y social de la angustia, en particular sobre la pobreza, la desigualdad, la discriminación, la represión del Estado y el control por parte de las empresas, esos problemas vitales quedarán al margen de las medidas que se adopten a nivel mundial en el ámbito de la salud mental.

31. Para reequilibrar la asistencia para el desarrollo con miras a la promoción de la salud mental se requieren diversos liderazgos y la participación de la sociedad civil. Es imprescindible que la promoción de la salud mental se extienda a los distintos sectores del desarrollo: desde la agricultura campesina, los programas contra la violencia de género, la asistencia humanitaria y en materia de migración, el desarrollo del sector privado y el comercio internacional, hasta las reformas del sector de la atención de la salud, incluida la desinstitucionalización. Todas las partes interesadas en el desarrollo han de desempeñar un importante papel para apoyar y facilitar esa labor.

F. Participación

32. El ejercicio efectivo del derecho a la salud requiere la participación de todos, en particular de quienes viven en la pobreza y de los más excluidos de la sociedad, a los efectos de la adopción de decisiones a todos los niveles de las políticas públicas relacionadas con la salud mental. La participación solo es posible cuando todos los grupos de población son reconocidos, respetados e incluidos en las condiciones y estructuras sociales. El hecho de habilitar y dotar de recursos al espacio cívico y de establecer sistemas

¹⁷ Véase Patel, V. y otros, “Sustainable development and global mental health – a *Lancet* commission” en *The Lancet*, vol. 387 (2016), págs. 1143 a 1145.

transparentes de información sanitaria y social reforzará el derecho a la participación y es esencial para promover una salud mental participativa e inclusiva. Se deben proporcionar a los grupos de población y a las personas a título individual el espacio y los recursos necesarios para el debate cívico y la actuación comunitaria, de manera que se pueda empoderar a las comunidades para que establezcan estrategias que configuren su propio bienestar. El apoyo a los miembros de la sociedad civil como partes interesadas clave en la realización de actividades de promoción de la salud fomentará la diversidad de las respuestas de la comunidad que se necesitan para impulsar un bienestar integral, ofreciendo diversidad y autonomía a quienes buscan atención y apoyo, en lugar de paternalismo y coacción.

33. Se ha menoscabado la verdadera participación debido a las asimetrías de poder arraigadas en los entornos tradicionales de la salud mental (véase A/HRC/35/21). La confianza, base de las relaciones terapéuticas, se ha visto erosionada, sobre todo cuando se da prioridad a prácticas coactivas y paternalistas. Las iniciativas de promoción impulsadas por los usuarios, las redes de apoyo entre iguales y, fundamentalmente, los nuevos métodos de trabajo, como la coproducción basada en una auténtica igualdad para las personas que han vivido la experiencia de los problemas de salud mental y los servicios correspondientes¹⁸, son esenciales para restablecer la confianza y concebir nuevas alternativas. Tales alternativas deben garantizar una participación representativa y genuina para configurar el bienestar mental y las intervenciones correspondientes. Las investigaciones impulsadas por los usuarios, con sus tradiciones emancipadoras en cuanto a la producción de conocimientos y datos objetivos, deberían gozar de la misma importancia que otros enfoques a los efectos de la formulación de políticas de salud mental que se ajusten a las obligaciones de derechos humanos.

34. Las leyes, políticas y prácticas que restringen el funcionamiento de la sociedad civil son de carácter regresivo y no se puede considerar que están en consonancia con el derecho a la salud. Si bien toda persona tiene derecho a la participación, las personas en situación de vulnerabilidad deben ser incluidas en particular en todos los procesos de toma de decisiones relacionados con la salud mental. Ese planteamiento supone aceptar que el modelo biomédico de atención de la salud mental no funciona para todos y que su uso excesivo ha dejado atrás a innumerables personas. Solamente con esa aceptación, que requiere voluntad y decisiones políticas, las personas con discapacidades intelectuales, cognitivas y psicosociales y otros problemas de salud mental pueden ser empoderadas como agentes activos que son capaces de definir sus experiencias y el tipo de apoyo que necesitan.

35. La innovación en la promoción de la salud mental debe definirse y generarse a nivel local, con las comunidades, los individuos y las familias, lo que requiere un cambio hacia una actuación compartida en materia de políticas que no encaja fácilmente en una única dependencia ni en un solo ministerio. Hay que crear un espacio para esa innovación en los ámbitos civil, político y social.

G. No discriminación

36. El derecho a la salud mental depende de la no discriminación en el disfrute de todos los demás derechos humanos y es en sí mismo un determinante fundamental de la salud mental y el bienestar. La discriminación por cualquier motivo, tanto dentro como fuera del ámbito de la salud mental, es a la vez una causa y una consecuencia de una deficiente salud mental.

37. Los estereotipos perjudiciales (incluidos los estereotipos de género) y la estigmatización en el marco de la comunidad, la familia, la escuela y el lugar de trabajo socavan las relaciones saludables y desmantelan los entornos de apoyo e inclusión que se requieren para la buena salud mental y el bienestar de todos. Las actitudes discriminatorias que influyen cada vez más en las leyes, políticas y prácticas debilitan las estructuras sociales necesarias para fomentar el bienestar y la inclusión. La xenofobia y la intolerancia

¹⁸ Véase Peter Beresford y Sarah Carr, eds., *Social policy first hand: An international introduction to participatory social welfare* (Bristol, Policy Press, 2018). Véase también A/HRC/35/21.

generan entornos emocionales y psicosociales hostiles y erosionan la calidad de las relaciones humanas, lo que genera desconfianza y desprecio en el seno de la vida social. La retórica xenófoba es particularmente acusada en el caso de las personas que se desplazan a los países de acogida, lo que a su vez pone de manifiesto la complejidad de las jerarquías sociales y las relaciones de poder (véase A/73/216). En muchos casos, la xenofobia y la intolerancia afectan directamente a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de promoción de la salud, como los servicios de reducción de daños y los servicios no medicalizados para las personas en situación de extrema dificultad, así como el acceso a la vivienda, la educación y el trabajo. En consecuencia, las personas y los grupos en situación de vulnerabilidad, como las personas que se desplazan, son discriminados por la ley y en la práctica y se les deniega su derecho a la salud mental.

38. El respeto de la diversidad de la experiencia humana es decisivo para poner fin a la discriminación, reducir las asimetrías de poder y desvincular el ámbito de la salud mental de políticas y prácticas desfasadas. Los Estados deben apoyar a los movimientos promovidos por usuarios y por iguales, que contribuyen a demostrar que las experiencias humanas consideradas poco convencionales no son más que otra forma de diversidad humana y contribuyen a crear sociedades más tolerantes, pacíficas y justas.

H. Igualdad

39. La igualdad favorece el bienestar y la promoción del derecho a la salud mental de varias maneras importantes. Con demasiada frecuencia, el establecimiento de determinantes basado en los derechos es limitado, ya que solo se considera en función de la forma en que la igualdad afecta a los resultados para la salud de la persona: el acceso a la vivienda produce resultados para la salud de las personas y, por lo tanto, impulsa el derecho a la salud. Es necesario seguir reflexionando sobre la manera en que las dimensiones colectivas del derecho a la salud no solo impulsan resultados para la salud de las personas, ya que también incorporan un marco de igualdad que no se limita a la situación individual, sino que genera asimismo las mismas oportunidades y los mismos resultados para determinados grupos y para la sociedad en general.

40. La experiencia sobre las repercusiones de la equidad en la salud mental contribuye a enriquecer los parámetros de lo que es relevante para el bienestar y la importancia de las dimensiones no materiales de la pobreza, la discriminación y las privaciones. Es decir, el hecho de comprender las experiencias psicológicas y sociales de las personas en situación desfavorecida puede apuntar a factores de protección que estén en condiciones de contribuir positivamente al bienestar individual y social¹⁹.

41. La desigualdad es uno de los principales obstáculos en relación con la salud mental en general. Muchos factores de riesgo de la mala salud mental están estrechamente relacionados con las desigualdades en las condiciones de la vida cotidiana. Muchos factores de riesgo también están relacionados con los efectos destructivos de ver la vida como algo injusto y con los efectos psicosociales de los factores estructurales que sistemáticamente colocan a algunos grupos en una situación vulnerable. Entre esos factores cabe mencionar la criminalización de la pobreza y de ciertos comportamientos, como el consumo de drogas, la satanización de ciertos tipos de comportamiento desafiante en jóvenes con problemas, la criminalización de los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres, la criminalización de la entrada no legal a los países y los sistemas de salud mental discriminatorios y coactivos. Los resultados de la desigualdad estructural no solo producen un efecto individual negativo, sino que también son perjudiciales para la salud de la sociedad, ya que destruyen factores de protección fundamentales, como la confianza, la inclusión social y el desarrollo saludable de los jóvenes. La reducción de las desigualdades es una condición indispensable para promover la salud mental y atenuar los principales factores de riesgo, como la violencia, el desempoderamiento y la exclusión social.

¹⁹ Véase Lynne Friedli, *Mental health, resilience and inequalities* (Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa, 2009).

42. La igualdad es un elemento esencial de un marco de derechos humanos en evolución a los efectos de promover y proteger la salud mental. La profunda y dinámica relación de causa y efecto entre la salud mental y las desigualdades sugiere con fuerza que la equidad en materia de salud mental puede ser un indicador especialmente importante del progreso social. Las medidas contra la desigualdad son una cuestión de derechos humanos; ponen de manifiesto una injusticia generalizada, producida por asimetrías arraigadas de poder. Dadas las estrechas conexiones existentes entre la desigualdad y la mala salud, los Estados han de actuar mediante intervenciones estructurales en las fases iniciales, incluso en el marco de acuerdos políticos que asignan recursos y dejan oír (o restringen) las opiniones de las personas que se encuentren en situaciones especialmente marginadas.

I. Rendición de cuentas

43. La rendición de cuentas en el ámbito de los determinantes de la salud es un desafío concreto que pone a prueba la solidez de la gobernanza. El derecho a la salud exige la rendición de cuentas en una serie de ámbitos, lo que puede ayudar a garantizar que las medidas necesarias para la promoción de la salud mental no se desvanezcan en el marco de las políticas más generales de otros sectores. Para que la rendición de cuentas tenga éxito se requiere una serie de elementos que incluyen medidas de seguimiento, revisión (mecanismos de rendición de cuentas a nivel judicial, cuasijudicial, político, administrativo y social), recursos y vías de reparación.

44. Es fundamental el establecimiento participativo de indicadores y puntos de referencia para supervisar los progresos realizados con miras al pleno ejercicio del derecho a la salud mental. Los indicadores deben alejarse de las tradiciones biomédicas, como por ejemplo el número de enfermedades mentales diagnosticadas, camas, hospitales y trabajadores de la salud especializados. Un enfoque reequilibrado que se centre por igual en los determinantes de toda la población a nivel comunitario y estructural, como la violencia, la sociedad civil y la participación social, la discriminación, la igualdad y el apoyo social, es una forma más alentadora de supervisar los verdaderos progresos logrados²⁰.

45. La participación es uno de los principios fundamentales de la rendición de cuentas a la sociedad y garantiza que las políticas se formulen y revisen en colaboración con la sociedad civil, que es un elemento clave del proceso. Esos diálogos constructivos son vitales y, como tales, la sociedad civil y los grupos impulsados por los usuarios deben estar dotados de los recursos y el espacio necesarios para movilizarse. Sin ese proceso participativo de adopción de decisiones, no se puede hacer frente a las desigualdades en materia de salud mental ni a sus causas subyacentes.

J. Atención y apoyo en materia de salud mental

46. En el presente informe el Relator Especial se centra en defender los argumentos en favor de la adopción de medidas sobre los determinantes de la salud con el fin de promover el bienestar de todos, pero expresa una permanente preocupación por la situación en que se encuentra la prestación de servicios de salud mental, lo que afecta en particular a la promoción del derecho a la salud de muchas personas que se han visto perjudicadas, maltratadas o abandonadas por los servicios de atención de la salud. La promoción de la salud mental requiere medidas para apoyar el establecimiento de relaciones saludables y positivas en la sociedad, pero afecta igualmente al propio sector de la atención de la salud y reviste una importancia fundamental para él.

47. El fomento de relaciones de apoyo, respetuosas y no violentas en el entorno de la atención de la salud, especialmente en el entorno de la atención de la salud mental, tiene una especial prioridad para el titular del mandato, ya que guarda relación con la dimensión sanadora de los profesionales de la salud y con la exigencia ética de no causar ningún daño. Las investigaciones realizadas muestran que muchos usuarios de los servicios de salud

²⁰ Véase Servicio Nacional de Salud de Escocia, *Scotland's mental health: Adults 2012*.

mental han experimentado formas generalizadas de violencia y de daño mientras se hallaban en tratamiento. Esta es una cuestión que preocupa mucho al Relator Especial²¹.

48. Las relaciones terapéuticas aceptables y de primera calidad (entre proveedores y usuarios de los servicios) deben basarse en el respeto y la confianza recíprocos. El Relator Especial lamenta que las tendencias de la legislación moderna sobre salud mental y las prácticas clínicas en todo el mundo hayan hecho posible la proliferación de medidas que no requieren consentimiento. La coacción se utiliza profusamente en los servicios de salud mental, y hay pruebas de que cada vez es mayor la prevalencia de las medidas coactivas en esos servicios²². Se corre el riesgo de que tales tendencias mermen la confianza en los servicios de salud mental, lo que dañaría la imagen y la reputación de los proveedores de esos servicios y, lo que es más importante, de que sigan suscitando grave preocupación por las violaciones sistémicas de los derechos humanos en el ámbito de la atención de la salud mental.

49. Las políticas actuales de salud mental se han visto afectadas en gran medida por la asimetría de poder y los prejuicios ocasionados por el predominio del modelo biomédico y las intervenciones biomédicas. Ese modelo ha dado lugar no solo al abuso de la coacción en el caso de discapacidades psicosociales, intelectuales y cognitivas, sino también a la medicalización de las reacciones normales a las múltiples presiones de la vida, incluidas las formas moderadas de ansiedad social, tristeza, timidez, absentismo escolar y comportamiento antisocial. El mensaje más contundente que puede transmitirse a las partes interesadas que disponen de los recursos y el poder necesarios para respaldar una verdadera transformación de la salud mental en todo el mundo es que es preciso cerrar la “brecha del tratamiento”. Al Relator Especial le preocupa que ese mensaje pueda fomentar el uso excesivo de categorías de diagnóstico y ampliar el modelo médico para diagnosticar patologías y ofrecer modalidades de tratamiento individual que den lugar a una medicalización excesiva. El mensaje evita que las políticas y prácticas adopten dos potentes enfoques modernos: un enfoque de salud pública y un enfoque basado en los derechos humanos.

50. Así pues, para que se pueda abordar eficazmente la cuestión de la violencia como determinante de la salud mental, es necesario examinar el papel de los servicios de salud mental en la perpetuación de prácticas violentas y paternalistas, que han reforzado el mito de que las personas con ciertos diagnósticos corren un alto riesgo de perpetuar la violencia y de constituir una amenaza para la sociedad. No hay pruebas científicas en apoyo de ese mito, instrumentalizado por leyes discriminatorias de salud mental que privan a las personas de su libertad y autonomía.

51. Lamentablemente, muchos ámbitos de los sistemas de atención de la salud mental, como los de las instituciones en régimen de internado y los hospitales psiquiátricos, con demasiada frecuencia propician por sí mismos una cultura de violencia, estigmatización e indefensión. Hay que abandonar los modelos que han potenciado el legado de discriminación, coacción y excesiva medicalización en relación con la atención de la salud mental. Es preciso reorientar los esfuerzos hacia alternativas no coactivas que respeten los derechos de las personas que hayan vivido una experiencia de problemas de salud mental y de la prestación de los correspondientes servicios en ese ámbito. Tales alternativas deben abarcar el bienestar integral y dar prioridad a las personas y a cómo estas definen sus experiencias, así como a sus decisiones.

²¹ Véase Diana Rose, *Users' Voices: The Perspectives of Mental Health Service Users on Community and Hospital Care* (Londres, Centro Sainsbury de Salud Mental, 2001).

²² Véase Sashidharan, S. P. y Saraceno, B., “Is psychiatry becoming more coercive?” en *British Medical Journal*, vol. 357 (2017), art. 2904.

III. Cuestiones de interés

A. Las relaciones a lo largo del ciclo vital

52. La calidad de las relaciones sociales —el complejo entramado social de vinculaciones y conexiones entre personas, familias y comunidades— a lo largo de la vida, a través de las generaciones, entre el gobierno y las personas, entre diferentes naciones y entre la humanidad y la naturaleza, es un determinante trascendental de la salud, y de la salud mental en particular. Las relaciones basadas en el respeto y no violentas y las oportunidades de solidaridad, apoyo y confianza recíprocos son la piedra angular del bienestar y de la resiliencia y ofrecen una sólida protección en épocas de adversidad.

53. Las relaciones a todos los niveles y a lo largo del ciclo vital están configuradas dinámicamente por factores sociales, económicos, políticos y culturales más amplios; por tanto, es fundamental ampliar el alcance de los determinantes para incluir el entorno emocional y psicosocial. La calidad de las relaciones y la identidad comunitaria entre personas dentro de la sociedad es un factor cada vez más importante para el ejercicio efectivo del derecho a la salud y la prevención de la violencia.

54. Cuando no se satisfacen las necesidades básicas, no se asumen las responsabilidades de apoyo o cuidados y no se protegen los derechos (en particular los derechos maternos y reproductivos), se debilitan las relaciones positivas de la familia y la comunidad y la atención de las personas que se encuentran en una situación vulnerable. Las relaciones humanas basadas en el respeto son el núcleo de las políticas en apoyo de la inclusión, la diversidad, la dignidad y los derechos humanos.

55. Las relaciones abusivas, la violencia de género, el abuso sexual, la violencia contra los niños y otras formas de violencia están estrechamente relacionadas con los desequilibrios de poder, con limitaciones de los derechos y libertades y con estructuras políticas, económicas y culturales que determinan la situación de una persona a lo largo de todo su ciclo vital en el hogar, la escuela, el trabajo, el entorno de la atención de la salud y la sociedad. Las condiciones socioeconómicas que generan inseguridad y temor respecto del futuro aumentan el riesgo de conflicto entre comunidades. Esas condiciones se dejan sentir individual y colectivamente, y tales experiencias tienen consecuencias interseccionales, en particular para las personas pertenecientes a minorías étnicas y raciales, las comunidades indígenas, los miembros de la comunidad lesbiana, gai, bisexual, transgénero e intersexual y las personas con discapacidad.

56. Las relaciones también están profundamente influidas por las secuelas del pasado, como las injusticias históricas, el legado del colonialismo, el racismo, la esclavitud y la apropiación de tierras, la subyugación de las mujeres y las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos, la opresión histórica de la comunidad lesbiana, gai, bisexual, transgénero e intersexual y la denegación de los derechos de los niños. Los traumas sociales, como el racismo sistémico, los conflictos violentos y los desplazamientos, pueden ocasionar daños a las comunidades durante generaciones. La pobreza, la desigualdad y las asimetrías de poder dificultan o incluso imposibilitan la construcción y el mantenimiento de relaciones de confianza y respeto recíprocos. La reducción de las desigualdades, las desventajas socioeconómicas sistémicas, el desempoderamiento, la exclusión social, la inseguridad y los desplazamientos es una condición indispensable para establecer relaciones basadas en el respeto y la no violencia que propicien la salud mental.

57. Los contextos esenciales de las relaciones humanas están protegidos por el derecho internacional de los derechos humanos, como el derecho a la vida familiar, la participación en la vida cultural de una comunidad, las obligaciones de la comunidad, la protección frente a los ataques al honor y la reputación, la protección frente a la discriminación y la igualdad en condiciones de dignidad. Es necesario hacer más hincapié en la medida en que las restricciones o vulneraciones de los derechos humanos tienen un efecto negativo en las relaciones humanas y la cohesión social.

1. Primera infancia

58. La promoción y protección de las relaciones humanas comienza con la relación entre los lactantes y quienes se encargan de sus cuidados primarios. Las intervenciones que fomentan la salud emocional y el desarrollo social desde la primera infancia deben tener prioridad como inversiones en desarrollo humano y salud integral. Para que cada niño comience su vida de la mejor manera posible, es preciso apoyar la salud materna, incluida la salud mental, como base para la salud emocional y el desarrollo cognitivo del niño. Ello incluye la educación materna, la licencia familiar y las condiciones de trabajo y nutrición decentes, así como el apoyo social y emocional.

59. Si se tienen en cuenta las pruebas contundentes que vinculan las experiencias adversas de la infancia con una salud y un bienestar mental y físico deficientes a lo largo de toda la vida, se puede afirmar con rotundidad que las intervenciones estructurales deben ocuparse de esos indicadores de un bienestar deficiente. Los traumas en la primera infancia pueden incluir un suceso traumático antes de llegar a la primera adolescencia, como el abuso infantil, la violencia sexual, los enfrentamientos verbales o físicos en el hogar, un conflicto armado, el hecho de ser refugiado o la muerte inesperada de un familiar o un amigo allegado. Puede protegerse el desarrollo en la primera infancia prestando apoyo a los niños, a sus padres y a sus familias. La detección precoz de dificultades sociales y emocionales y la realización de pruebas para diagnosticar diferentes situaciones sin que existan programas de apoyo familiar pueden dar lugar a la exclusión, la institucionalización y la excesiva medicalización. No cabe considerar que este tipo de planteamientos se ajuste a las obligaciones que entraña el derecho a la salud. Por el contrario, la detección precoz debe considerarse complementaria del apoyo comunitario a los padres y los hijos.

60. La existencia de barreras a las relaciones positivas en la familia y la comunidad, tales como las condiciones económicas o las leyes que separan a las familias, acarrearán consecuencias perjudiciales a largo plazo para el desarrollo emocional y cognitivo de los niños²³.

61. Los Estados deberían adoptar medidas de inmediato para sustituir progresivamente el acogimiento de niños en instituciones, con miras a su total eliminación. Esas medidas deberían incluir, en primer lugar, inversiones progresivas en una variedad de servicios basados en la comunidad y centrados en la familia. Con respecto a los niños menores de 5 años, con o sin discapacidad, el acogimiento en instituciones debería considerarse una forma de violencia y de práctica nociva y, por lo tanto, debería prohibirse. Los Estados deben dar prioridad al derecho de los niños al desarrollo emocional y social, en consonancia con los esfuerzos realizados en todo el mundo para reducir las tasas de mortalidad de los menores de 5 años.

62. La excesiva medicalización es especialmente perjudicial para los niños²⁴, razón por la que se debe hacer frente con una voluntad política más firme a las tendencias mundiales a la medicalización de complejos problemas psicosociales y de salud pública en la infancia.

2. Niñez y adolescencia

63. La adolescencia es una etapa decisiva para alcanzar el potencial humano y un período de desarrollo dinámico del cerebro y la personalidad, durante el cual las relaciones sociales y el entorno social modelan las capacidades en las que se basan la salud y el bienestar en lo sucesivo. La inversión en el desarrollo de los adolescentes reporta beneficios tanto hoy como en la próxima generación.

64. La inversión más eficaz consiste en apoyar el acceso a una educación secundaria gratuita y de calidad para todos los adolescentes²⁵. Las escuelas desempeñan un papel crucial en el desarrollo de los adolescentes y son especialmente importantes para mitigar los

²³ Véase Emma Sammans y otros, *Women's work: mothers, children and the global childcare crisis* (Londres, Overseas Development Institute, 2016).

²⁴ Véase Sami Timimi, "Children's mental health: time to stop using psychiatric diagnosis" en *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, vol. 17, núm. 4 (2017), págs. 342 a 358.

²⁵ Véase Todas las mujeres, todos los niños, *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): Sobrevivir, prosperar, transformar* (2015).

efectos de la violencia y los conflictos. Se ha demostrado ampliamente la eficacia de un enfoque integral de la escuela para promover la salud mental y abordar problemas como el del acoso escolar. Las intervenciones escolares y familiares basadas en la adquisición de destrezas ayudan a evitar la participación en pandillas²⁶. La educación debe servir para que los niños se desarrollen social, emocional y económicamente²⁷. Cuando todos los jóvenes tienen oportunidades de éxito, se reduce el riesgo de que se desarrollen subculturas de exclusión. El apoyo social en la familia y en la comunidad en general y las ideas positivas relacionadas con el optimismo, la autoestima y el sentido de control también pueden contrarrestar los efectos del estrés y el trauma a medida que los niños pasan a la edad adulta.

65. La educación sexual de los niños es una potente medida para promover y proteger los derechos sexuales y reproductivos y para promover la salud mental y el bienestar en la adolescencia y posteriormente en la edad adulta. La educación sexual basada en el consentimiento, el respeto y el placer recíproco es importante para establecer relaciones positivas y saludables en lo sucesivo y contribuye a dotar de medios a los jóvenes contra la violencia sexual²⁸. En muchos países, los niños no tienen acceso a una educación sexual integral, lo que pone de manifiesto que no existe un ejercicio efectivo del derecho a la salud física y mental. El Relator Especial hace hincapié en que la salud y los derechos sexuales no deben verse menoscabados cuando se formulan y aplican políticas relacionadas con la salud.

66. La exclusión social en la adolescencia aumenta la vulnerabilidad a la violencia en grupo. El extremismo violento en defensa del grupo viene impulsado por la motivación para recuperar la importancia personal o la autoestima, a menudo tras una profunda pérdida o humillación²⁹. Los Estados deberían invertir en el empoderamiento de los adolescentes, para lo que deberían respetar sus derechos y su autonomía, reconocer sus capacidades e invertir en su salud, su resiliencia y sus intereses en el futuro. Todas las iniciativas destinadas a ocuparse de la salud física, mental y sexual de los adolescentes deben aplicarse de conformidad con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, teniendo en cuenta las opiniones y la evolución de las aptitudes de los adolescentes y adoptando enfoques basados en datos objetivos (véase A/HRC/32/32).

67. Las diferentes vulnerabilidades de los y las adolescentes deben ser reconocidas en las políticas y los programas de prevención de la violencia juvenil, que deben incluir iniciativas sensibles a las cuestiones de género y que transformen las normas de género. La participación activa de todas las personas, independientemente de que sean niñas o mujeres, niños u hombres, es un componente fundamental de las medidas basadas en los derechos y destinadas a promover el bienestar y reducir los efectos tóxicos de los estereotipos de género perjudiciales en etapas posteriores de la vida.

68. Del mismo modo, el acoso en las escuelas y otros entornos afecta negativamente al derecho a la salud de los niños y puede tener un efecto prolongado en su bienestar. La prevención del acoso escolar mediante la promoción de relaciones basadas en el respeto y la no violencia desde una edad temprana es vital para promover el derecho a la salud mental. El enfoque más eficaz para hacer frente al acoso escolar y prevenirlo requiere una perspectiva ecológica que se centre en lo social para empoderar a los maestros, los padres y los miembros de la comunidad, y no en los autores materiales o las víctimas a título

²⁶ Véase Robyn M. O'Connor y Stephanie Waddell, *What works to prevent gang involvement, youth violence and crime: a rapid review of interventions delivered in the UK and abroad* (Londres, Early Intervention foundation, 2015).

²⁷ Véase OMS y Universidad de Cambridge, Instituto de Criminología, Centro de Investigaciones sobre la Violencia, "Strategies to reduce global violence by 50% in Thirty Years" (Cambridge, 2015).

²⁸ Véase Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia* (París, 2018).

²⁹ Véanse Clara Pretus y otros, "Neural and behavioral correlates of sacred values and vulnerability to violent extremism" en *Frontiers in Psychology*, vol. 9 (2018) art. 2462; y Arie W. Kruglanski y otros, "The psychology of radicalization and deradicalization: how significance quest impacts violent extremism" en *Advances in Political Psychology*, vol. 35, núm. S1 (2014), págs. 69 a 93.

individual. Y lo que es más importante, los niños deben ser apoyados y dotados de destrezas prácticas sobre cómo entablar relaciones basadas en el respeto y la no violencia.

69. El hecho de invertir de manera sostenible en el derecho a la salud de los adolescentes ofrece inmensas posibilidades de capitalizar las inversiones positivas en los primeros años, al tiempo que brinda la oportunidad de mitigar los efectos de las primeras experiencias negativas y de aumentar la resiliencia para reducir al mínimo los daños futuros (véase A/HRC/32/32).

3. Vida adulta y vida laboral

70. El modo en que se organiza el trabajo tiene profundas y duraderas repercusiones sociales y psicológicas. Los cambios globales en las condiciones y patrones y la intensidad y distribución del trabajo afectan en gran medida a las relaciones: a la vida familiar, al cuidado de los niños, al envejecimiento y a la estructura social de comunidades enteras³⁰.

71. Muchos estudios vinculan el estrés psicosocial asociado con el trabajo, las finanzas y el cuidado de los hijos con las tensiones en las relaciones cercanas³¹. Las políticas de protección social más esperanzadoras son las que adoptan un enfoque más integrado y multigeneracional y reconocen que los ingresos son solo una de las muchas necesidades.

72. La historia demuestra que la mejora de las condiciones del mercado laboral formal e informal y el aumento de la rendición de cuentas de los empleadores dependen de la libertad de asociación o afiliación: la oportunidad de establecer auténticas relaciones de reconocimiento mutuo con otros trabajadores. Las relaciones de solidaridad, en particular mediante la sindicación para garantizar mejores salarios y condiciones y dignidad en el trabajo, son fundamentales para la promoción de la salud mental.

73. Si bien las medidas para mejorar las condiciones de trabajo y el reconocimiento y una distribución más justa del trabajo no remunerado son objetivos importantes para el derecho a la salud mental, el empleo y la mejora de la productividad económica no deberían ser las únicas prioridades.

74. Preocupa que la mala salud mental sea una amenaza para la productividad económica y que las soluciones consistan fundamentalmente en recuperar la fuerza de trabajo³². El hincapié que se hace en los problemas de salud mental, considerados una carga a nivel mundial, y el llamamiento a reducir las deficiencias en el tratamiento y a lograr que las personas afectadas por esos problemas regresen al trabajo se mencionan cada vez más al justificar desde el punto de vista económico la necesidad de dar prioridad a los problemas de salud mental en todo el mundo³³.

75. El Relator Especial expresa preocupación por el establecimiento de prioridades que se centran en “recuperar la fuerza de trabajo” y no en promover la dignidad y garantizar la atención de calidad necesaria para las personas que han quedado más rezagadas. En primer lugar, la mejora de la productividad económica no debería ser la razón principal para invertir en salud mental y bienestar para todos. Antes bien, la prioridad absoluta debe consistir en la promoción y protección de los derechos humanos que puedan transformar realmente la sociedad.

76. En segundo lugar, si bien las políticas y los servicios de salud mental deben ocuparse de los derechos de todas las personas, existe la obligación inmediata de incluir a los que están más rezagados y que pueden sufrir discriminación, como los que han vivido

³⁰ Véase Organización Panamericana de la Salud, *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas* (Washington D.C., 2018).

³¹ Véase Rosemarie Edillon, *The effects of parent's migration on the rights of the children left behind* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2008).

³² Véase China Mills, “From ‘invisible problem’ to global priority: the inclusion of mental health in the Sustainable Development Goals” en *Development and Change*, vol. 49, núm. 3 (2018), págs. 843 a 866.

³³ Véanse Patricio V. Marquez y otros, *Moving the needle: mental health stories from around the world* (Washington D.C., Grupo Banco Mundial, 2018); y Patel, V. y otros, “Sustainable development and global mental health – a Lancet commission”.

ciertas experiencias o las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales y cognitivas, independientemente de que formen parte o no de la fuerza de trabajo. Es preciso que, en lo sucesivo, la atención de las inversiones internacionales y la salud mental en el mundo se centre en desvincular la salud mental de la productividad. El concepto de bienestar como activo económico responde a un enfoque selectivo del derecho a la salud y no puede considerarse compatible con un enfoque de la salud mental basado en los derechos.

4. Personas de edad

77. El aumento de la esperanza de vida en todo el mundo entraña oportunidades y dificultades. La generación de más edad no solo es un medio de vinculación y una fuente de conocimientos en el seno de la familia, sino que también proporciona una atención y un apoyo inestimables a las generaciones más jóvenes.

78. Las personas de edad enriquecen la vida familiar y comunitaria y su participación activa no solo promueve un envejecimiento saludable, sino que también contribuye positivamente al desarrollo de la comunidad y de la sociedad en general.

79. Al mismo tiempo, los cambios demográficos y familiares requieren una mayor variedad de medios de apoyo. Exigen un entorno favorable a la edad en el que esas personas sean valoradas y puedan llevar una vida activa, conectadas, con movilidad y comprometidas con las comunidades en las que viven. El bienestar mental de las poblaciones que envejecen corre una serie de riesgos; algunos pueden atribuirse a la prevalencia de afecciones degenerativas relacionadas con la edad, como la demencia y la enfermedad de Alzheimer, que influyen en la prevalencia tanto biomédica como social de un deficiente bienestar mental. Sin embargo, muchos de los problemas de salud mental a los que se enfrentan las poblaciones que envejecen tienen factores de riesgo comunes, como la disminución de la capacidad funcional, la experiencia de la pérdida de seres queridos, el aislamiento o la pérdida de posición socioeconómica que frecuentemente acarrea la jubilación. Es también significativo el riesgo de maltrato, como en el caso del suministro excesivo de medicamentos psicotrópicos a las personas de edad, tanto dentro como fuera de los entornos de atención institucional en régimen de internamiento. Los riesgos de esa índole también muestran el efecto positivo que pueden tener las intervenciones para promover condiciones de vida saludables, como la labor encaminada a garantizar que las personas de edad dispongan de los recursos necesarios para su bienestar, en particular por lo que respecta a su seguridad y sus libertades, una vivienda adecuada, apoyo social, programas de inclusión y programas de desarrollo comunitario. Esto también incluye los cuidados paliativos y el derecho a envejecer y a pasar el final de la vida con dignidad.

5. Fortalecimiento de las relaciones comunitarias

80. La calidad y la solidez de las relaciones con la comunidad y la sociedad civil son de suma importancia para la salud mental. Una relación de calidad incluye conectividad social, un sentido de pertenencia y oportunidades para colaborar en pro de la salud y la sociedad, por ejemplo con el fin de mejorar las condiciones de vida, proteger el medio ambiente, acceder de manera equitativa a los recursos y evitar la relegación. El nivel de bienestar de la comunidad también está determinado por la gobernanza: el empoderamiento político y el fortalecimiento de la sociedad civil para incrementar la participación de la población y las comunidades locales en la definición de los problemas y en la formulación y puesta en práctica de las correspondientes soluciones. El empoderamiento de las personas en situación de vulnerabilidad para que puedan participar en igualdad de condiciones es un factor importante de la promoción de la salud mental. La exclusión social, la indefensión, la discriminación y otros indicadores de falta de control o de influencia pueden perjudicar gravemente tanto a la autoasistencia como a la asistencia a otras personas.

81. La importancia de la naturaleza para las relaciones sociales y la vida comunitaria está recogida en las constituciones de muchos países³⁴. Es necesario seguir trabajando para

³⁴ Véase S. Borrás, “New transitions from human rights to the environment to the rights of nature” en *Transnational Environmental Law*, vol. 5, núm. 1 (2016), págs. 113 a 143.

comprender cómo las amenazas al medio ambiente, como el cambio climático, y la falta de compromiso del ser humano con el mundo natural pueden contribuir a la consiguiente destrucción de nuestros “ecosistemas humanos”: la pérdida de recursos sociales y culturales y el daño a la vida comunitaria. El hecho de poder vivir preocupados por el mundo natural y relacionados con él satisface la necesidad psicológica de la interrelación con la naturaleza y se asocia con soluciones positivas frente a problemas tales como la falta de atención, la ira, la fatiga y la tristeza, así como con niveles más altos de bienestar y niveles más bajos de estrés psicológico³⁵. Las relaciones saludables y no violentas contribuyen de forma eficaz al desarrollo sostenible e incluyen no solo las relaciones humanas, sino también la relación entre la humanidad y la naturaleza.

B. Un enfoque de la violencia desde el punto de vista de la salud mental pública

82. La violencia interpersonal y colectiva es una cuestión de interés mundial y repercute de manera profunda y duradera en la salud mental, en particular en la salud mental de los niños. Muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible persiguen directamente prevenir la violencia o hacer frente a muchas de sus causas latentes. La prevención de la violencia en el hogar, en los entornos sanitarios y educativos y en la sociedad en general es una condición indispensable para el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental. Aunque el examen completo de las prácticas violentas queda fuera del alcance del presente informe, el Relator Especial hace hincapié en los efectos del suicidio, la violencia estructural y la violencia interpersonal y colectiva en el bienestar mental con el fin de poner de manifiesto la pertinencia de la violencia a lo largo de la vida de una persona. El acoso escolar también es importante, como se ha indicado.

83. Un enfoque de salud pública para evitar la violencia tiene en cuenta los factores fundamentales —estructurales, comunitarios y de estrecha relación— que ejercen una influencia a largo plazo sobre los riesgos de violencia. Las intervenciones incluyen la puesta en práctica de programas de educación temprana y escolar, el fortalecimiento de las comunidades, el cambio de las normas culturales, la reducción de la desigualdad de ingresos y la mejora del bienestar social. Se debe procurar conciliar la atención prestada a la violencia contra las mujeres y las niñas con una atención igualmente especial a la violencia contra los hombres de todas las edades. El hecho de entender que el ser humano necesita reconocimiento social, respeto, dignidad y prestigio contribuirá en gran medida a comprender la relación entre la desigualdad en las relaciones de poder, la desigualdad de oportunidades en la vida, la exclusión social, el desempleo masculino y el aumento del riesgo de violencia.

84. El suicidio es una forma de violencia autoinfligida que a menudo es una respuesta a la adversidad. Se trata de un problema de salud pública que requiere intervenciones basadas en la población para hacer frente a los determinantes, reforzar la preparación para la vida y la resiliencia y promover las conexiones y el apoyo social, en particular en el caso de los grupos que se sienten excluidos o que se encuentran en una situación vulnerable. Esas intervenciones empoderan a las personas que se encuentran en una situación vulnerable y pueden ser más eficaces que las intervenciones centradas en personas concretas y que tienden a medicalizar el dolor emocional. Si se espera demasiado de las intervenciones de alto riesgo y se invierte demasiado en ellas, eso puede acrecentar las prácticas ineficaces y coactivas, como la hospitalización y el tratamiento no consentidos, el uso excesivo de medicamentos psicotrópicos y la exclusión social. Cuando estas soluciones comunes se utilizan en exceso, desempoderan a las personas, intensifican su falta de control y autonomía, infunden un sentimiento de indefensión y estigmatización y pueden repercutir negativamente en sus resultados a largo plazo. Muchas experiencias de angustia están determinadas por la pobreza, la desigualdad, la discriminación y la violencia, lo que pone de relieve la necesidad de realizar intervenciones que se ocupen de los determinantes de la

³⁵ Véase Baxter, D. E. y Pelletier, L. G., “Is nature relatedness a basic human psychological need? A critical examination of the extant literature” en *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, vol. 60, núm. 1 (2019), págs. 21 a 34.

salud y mejoren las condiciones de vida de los seres humanos, en lugar de patologizar las diversas respuestas y las diferentes maneras de ser.

85. El Relator Especial acoge con satisfacción el debate sobre la consideración de la depresión como factor de riesgo del comportamiento suicida, pero expresa preocupación por la persistente tendencia mundial a medicalizar la depresión y el comportamiento suicida, así como el hecho de que se siga promoviendo la desacreditada teoría de los “desequilibrios químicos”. Todos los principales interesados nacionales e internacionales deberían ocuparse más de los determinantes de la depresión y el suicidio. Aunque las formas graves de depresión pueden requerir tratamiento con intervenciones biomédicas, las personas con formas más leves de depresión y trastornos afines pueden beneficiarse de otras modalidades de atención y apoyo que evitan la excesiva medicalización, se basan en hechos probados y son culturalmente idóneas.

86. La violencia estructural es resultado de relaciones de poder desiguales en las estructuras sociales, particularmente representadas por el racismo, el sexismo, el heterosexismo y el capacitismo, en virtud de las cuales los grupos que se encuentran en una situación de vulnerabilidad se ven sistemáticamente impedidos de satisfacer sus necesidades básicas y no tienen las mismas oportunidades de vida que los demás. La violencia y la discriminación están intrínsecamente unidas entre sí; en todo el mundo, la salud mental de muchas personas está en peligro como resultado de formas evitables de violencia o de prácticas discriminatorias socialmente normalizadas. Con demasiada frecuencia, las investigaciones sobre la violencia y la salud mental se han centrado en criterios de diagnóstico, pero se ha prestado menos atención a determinantes tales como la pobreza, las experiencias traumáticas y la violencia, incluidas las experiencias negativas durante la infancia³⁶.

87. La violencia cultural se refiere a comportamientos y normas existentes en las sociedades cuando se utilizan para legitimar la violencia. Esas formas de violencia pueden ser interdependientes y estar interrelacionadas desde el punto de vista de la causa y el efecto, como la violencia de género, la violencia en la familia, el racismo, los delitos de odio, el nacionalismo xenófobo, la violencia del Estado, la violencia policial y los conflictos armados, todos los cuales son indicadores y determinantes del bienestar mental. Las iniciativas para proteger los “valores familiares tradicionales” por encima de los derechos de las personas priorizan y refuerzan los estereotipos de género perjudiciales y las relaciones jerárquicas desfasadas en el seno de la familia, y pueden contribuir a que se toleren y se justifiquen la discriminación y la violencia.

IV. Conclusiones y recomendaciones

88. Es un hecho positivo que se reconozca que la salud mental es indispensable para la salud mundial, en particular en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Ahora que está empezando a despuntar la cuestión de la salud mental, es fundamental llegar a un acuerdo sobre cómo invertir en ella y en el bienestar de las personas y las poblaciones.

89. La buena salud mental y el bienestar no pueden definirse por la ausencia de un problema de salud mental, sino por el entorno social, psicosocial, político, económico y físico que permite a las personas y a las poblaciones vivir una vida digna, con pleno disfrute de sus derechos y en el marco del aprovechamiento equitativo de sus posibilidades. Esto requiere la creación de entornos propicios que valoren tanto la conectividad social como el respeto a través de relaciones no violentas y saludables a nivel individual y social a lo largo de toda la vida.

90. Para promover eficazmente la salud mental, la discriminación debe eliminarse tanto dentro como fuera de los entornos de atención de esa salud. Preocupa al Relator Especial que, a nivel mundial, la esfera de la salud mental siga siendo rehén de leyes,

³⁶ Véase Mohit Varshney y otros, “Violence and mental illness: what is the true story?” en *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 70, núm. 3 (2016), págs. 223 a 225.

políticas y prácticas discriminatorias y que ello obstaculice los intentos de muchas partes interesadas progresistas de promover eficazmente esa esfera.

91. Los servicios de salud mental están excesivamente centrados en enfoques desfasados mediante los cuales la mayoría de los recursos se asignan para tratar individualmente los problemas de salud mental que se hayan diagnosticado, lo que incluye la medicación psicotrópica y la atención en establecimientos. Ese desequilibrio mundial no hace sino intensificar las desigualdades en cuanto a la equidad, las pruebas y la aplicación.

92. Las tendencias mundiales apuntan a una proliferación de políticas y prácticas que socavan activamente los principios universales de derechos humanos o que aplican esos derechos de manera selectiva. Esas tendencias incluyen la priorización de políticas y leyes punitivas para hacer frente a diferentes problemas sociales (como el consumo de drogas), la discriminación en la ley y en la práctica de ciertos grupos de población (como los refugiados, los migrantes, los jóvenes y las mujeres), la adopción de decisiones políticas que reducen el apoyo social y agravan las desigualdades y la adopción de medidas legislativas que disminuyen el espacio participativo de la sociedad civil. Existe una fractura deliberada en la forma en que esas tendencias mundiales más amplias afectan a la salud mental y al bienestar de las sociedades: la xenofobia, los “valores familiares tradicionales” y otras modalidades de discriminación erosionan activamente la cohesión social y afectan a todas las personas.

93. La falta de voluntad política para invertir de manera integral en salud mental y bienestar exacerba ese ciclo de discriminación, desigualdad, exclusión social y violencia. Los que más necesitan medidas que promuevan su salud -las personas con discapacidades psicosociales, cognitivas e intelectuales- siguen quedando rezagados. La comunidad mundial debe dar prioridad a sistemas sostenibles que posibiliten y adopten un enfoque basado en los derechos humanos para la promoción de la salud mental. Los seres humanos, en toda su diversidad, son titulares de derechos y no deben ser considerados sujetos de diagnósticos ni una carga de morbilidad. Las políticas modernas de salud mental deben fomentar el empoderamiento, la participación verdadera y la resiliencia de todas las personas, incluidas las que tienen problemas de salud mental.

94. El Relator Especial recomienda a los Estados que:

a) Incluyan la promoción de la salud mental y el bienestar como una cuestión transversal en la formulación y aplicación participativas de todas las políticas públicas, y sitúen el bienestar de la sociedad en el centro de las decisiones de desarrollo y asistencia destinadas a implementar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible;

b) Adopten medidas de inmediato para formular una estrategia intersectorial de promoción de la salud mental que incluya un examen de las políticas públicas con miras a llevar a cabo reformas sociales, laborales y económicas que eviten la desigualdad, la discriminación y la violencia en todos los ámbitos, promuevan relaciones no violentas y basadas en el respeto entre los miembros de las sociedades y las comunidades y aumenten la confianza mutua entre las autoridades y la sociedad civil;

c) Formulen estrategias y políticas integrales en pro del bienestar de la sociedad y asignen más recursos sostenibles para intervenciones que refuercen los factores de protección, aprovechando para ello la resiliencia de las personas y las comunidades a lo largo de toda su vida y en todos los entornos: el hogar, las escuelas, los lugares de trabajo y la sociedad en general;

d) Financien y doten de medios a la sociedad civil y a los grupos impulsados por usuarios para que contribuyan a la supervisión y la prestación de servicios a los efectos de la promoción del bienestar de la sociedad.

95. Con respecto a la cooperación y la asistencia internacionales, el Relator Especial recomienda a los Estados y a los interesados pertinentes en el desarrollo y en el plano internacional que:

a) Mantengan un equilibrio entre las actividades de desarrollo para eliminar las diferencias en el tratamiento, lo que implica invertir por igual en actividades de promoción que no incluyan enfoques discriminatorios y respeten tanto los enfoques basados en pruebas como los enfoques integrales basados en los derechos y que fomenten el bienestar en las sociedades y no solo en los sectores de la atención de la salud; y aporten fondos para promover la salud mental en todo el mundo;

b) Garanticen procesos de toma de decisiones transparentes y participativos en relación con la formulación de estrategias y prioridades de financiación para las medidas mundiales en pro de la salud mental, y establezcan indicadores basados en los derechos para supervisar y examinar las inversiones;

c) Faciliten recursos y apoyo para la participación de la sociedad civil y para las actividades de promoción impulsadas por los usuarios, en particular en favor de las personas que se encuentran en situaciones de máxima marginación a causa de los sistemas existentes de servicios de salud mental.

96. Con respecto a la promoción de relaciones no violentas y saludables, el Relator Especial recomienda a los Estados que:

a) Formulen políticas y movilicen recursos que promuevan intervenciones eficaces para fomentar las relaciones positivas a lo largo de toda la vida, en particular intensificando las medidas de apoyo a un desarrollo integral y saludable en la infancia y la adolescencia;

b) Establezcan una infraestructura eficaz para la protección de la infancia y el apoyo a la familia a fin de mejorar la calidad de las relaciones entre padres e hijos, lo que entraña proteger a los niños de cualquier forma de violencia en el seno de la familia y evitar el recurso a la atención en establecimientos como medio para criar a los niños;

c) Adopten medidas para la plena eliminación de la atención a los niños en establecimientos, haciendo especial hincapié en la eliminación del internamiento de los niños de corta edad, con o sin discapacidad;

d) Velen por que las políticas y los servicios de apoyo a las familias empoderen a los niños y adolescentes y reconozcan sus capacidades; esas políticas deben respetar y proteger los derechos humanos de todos los miembros de la familia y excluir las medidas que menoscaban los derechos de cualquiera de ellos;

e) Aborden la cuestión del acoso escolar mediante un enfoque ecológico y de salud pública que valore y fomente las relaciones no violentas e involucre a los niños, las escuelas, las familias y las comunidades para poner fin a esa práctica nociva;

f) Adopten estrategias de prevención para hacer frente a la depresión y al suicidio mediante un enfoque moderno de salud pública que se centre en los determinantes, la mejora de la preparación para la vida y la resiliencia, la promoción de la conectividad social y las relaciones sanas y la prevención de la medicalización excesiva;

g) Otorguen especial prioridad a la realización de intervenciones accesibles de salud pública para prevenir o reducir la violencia en todas sus formas, en particular como parte de un conjunto básico de servicios prestados en el marco de la cobertura sanitaria universal;

h) Aborden el problema de que la violencia, el internamiento y otras formas de coacción están inaceptablemente extendidos en los sistemas de atención de la salud mental, a menudo en aras del tratamiento, en el caso de las personas a las que se les ha diagnosticado un problema de salud mental, y que causan más daños que beneficios;

i) Absténganse de adoptar medidas xenófobas y de incitar retóricamente a la intolerancia contra las personas que se hallen en situaciones vulnerables, incluidas las personas en movimiento y las personas discriminadas en la ley y en la práctica, e impidan que se adopten esas medidas.

97. Con respecto a la promoción de la rendición de cuentas y la medición de los progresos, el Relator Especial recomienda a los Estados que establezcan un conjunto de indicadores más integrales para medir los progresos realizados con miras al pleno ejercicio del derecho a la salud mental, lo que incluye:

- a) Indicadores del desempeño en relación con la reducción de la coacción, el internamiento, la medicalización excesiva y la financiación sostenible de alternativas basadas en los derechos en lugar de un marco biomédico y el recurso a la coacción;
 - b) Indicadores participativos sobre la financiación de iniciativas impulsadas por los usuarios y otras iniciativas de la sociedad civil;
 - c) Indicadores intersectoriales sobre la coordinación e integración de la promoción de la salud mental en la educación, la vivienda y el empleo.
-