



Asamblea General

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

Septuagésimo tercer período de sesiones

Tema 74 b) del programa provisional*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros
medios de mejorar el goce efectivo de los derechos
humanos y las libertades fundamentales**

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

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe presentado por Dainius Pūras, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, elaborado de conformidad con las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos 6/29 y 33/9.

* [A/73/150](#).



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

Resumen

En el presente informe, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental examina las oportunidades y los retos que entraña la observancia del derecho a la salud mental de las personas en tránsito, en un contexto mundial donde las actitudes discriminatorias y la retórica política xenófoba han creado entornos de miedo e intolerancia. Esos entornos deterioran la calidad de las relaciones humanas, introducen desconfianza, falta de respeto e intolerancia en la vida social, afectan al ejercicio efectivo del derecho a la salud mental de las personas en tránsito y obstaculizan el derecho de todos a la salud mental.

Responder a las cuestiones de la salud mental y la migración partiendo de los derechos ofrece la oportunidad transformadora de reconstruir y fomentar unos sistemas sanitarios y sociales que apoyen y restauren la dignidad, la inclusión y los derechos para todos.

En el informe, el Relator Especial presenta una serie de recomendaciones a los Estados y a los interesados pertinentes en el marco de las comunidades dedicadas a la ayuda humanitaria, el desarrollo y los derechos humanos para afrontar de manera integral los retos encontrados.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción: el derecho a la salud mental y la migración	4
II. Terminología y alcance del informe	4
III. Contexto mundial: oportunidades y obstáculos	5
A. Oportunidades	7
B. Obstáculos	9
IV. Marco del derecho a la salud mental y personas en tránsito	12
A. Obligaciones	12
B. Cooperación y asistencia internacionales	13
C. Participación y acceso a la información	14
D. Rendición de cuentas	15
E. Factores sociales que determinan la salud mental en el contexto de la migración	16
F. Atención y apoyo	16
V. Cuestiones de interés	20
A. Niños y familias	21
B. Detención	23
VI. Conclusiones y recomendaciones	24

I. Introducción: el derecho a la salud mental y la migración

1. En sus informes, misiones en países y otras actividades anteriores, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y sus predecesores han puesto de relieve el modo en que la discriminación, la intolerancia y un enfoque selectivo de los derechos humanos socava el respeto pleno y efectivo por el derecho a la salud física y mental de todas las personas, independientemente de su nacionalidad, estatus migratorio o ciudadanía. En el presente informe, el Relator Especial aborda la relación entre la migración y el derecho a la salud mental. Se centra en la función que puede desempeñar el derecho a la salud mental en el examen de las actuales respuestas políticas, humanitarias y de salud pública a las personas en tránsito, así como en las comunidades y los países de acogida. Asimismo, examina la forma en que el hecho de dar a los problemas de salud mental y migración respuestas basadas en derechos ofrece la oportunidad transformadora de reconstruir y reforzar los sistemas sanitarios y sociales con el fin de apoyar y restaurar la dignidad, la inclusión y los derechos para todos.

2. En un momento en que conmemoramos el 70º aniversario de la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, los principios universales de los derechos humanos son objeto de ataques. A nivel mundial, el debate en torno a la migración y las personas en tránsito pone de relieve las representaciones negativas que surgen la desinformación y el miedo. Esta situación tiene consecuencias preocupantes en lo que se refiere al ejercicio pleno y efectivo del derecho a la salud, en particular el derecho a la salud mental, para las personas en tránsito y las comunidades y los países que las acogen. Ahora que se está ultimando el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular y el mundo sigue lidiando con la movilidad humana y con graves violaciones de los derechos de los migrantes y los refugiados, el derecho a la salud mental para todos debe basarse en el contexto de una agenda de desarrollo sostenible que trate de alcanzar la observancia de ese derecho en condiciones de igualdad para todas las personas.

3. El Relator Especial, al tiempo que reconoce que el derecho a la salud mental ha recibido relativamente poca atención como componente esencial del derecho a la salud, subraya en el presente informe las dificultades y oportunidades específicas relacionadas con el ejercicio de ese derecho en el contexto de la migración.

II. Terminología y alcance del informe

4. No existe una definición universal de las personas en tránsito. A los efectos del presente informe, el término “persona en tránsito” se refiere a una persona que se desplaza por una frontera internacional o la ha cruzado, o que ha abandonado su lugar de residencia habitual, independientemente de cuál sea su condición jurídica, de si el desplazamiento es voluntario o involuntario, de las causas del desplazamiento o de la duración de la estancia¹. Reconociendo que la terminología relativa a las personas en tránsito genera controversia, el informe tiene por objeto poner de relieve la inclusividad: se trata fundamentalmente de titulares de derechos, sin que importe si las personas son refugiados, solicitantes de asilo, trabajadores migratorios o migrantes irregulares. El Relator Especial se preocupa sobre todo por las personas que han padecido alguna forma de adversidad debido a las circunstancias de su partida, su viaje o su acogida en una nueva comunidad.

¹ Proceso de La Haya sobre Refugiados y Migración y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *People on the move: handbook of selected terms and concepts* (2008).

5. En vista de la magnitud y el alcance de la cuestión de la migración y el derecho a la salud mental, no es posible realizar una evaluación exhaustiva dentro de las limitaciones del presente informe. Esta es una contribución inicial, centrada en algunas prácticas en las que el derecho a la salud mental constituye un elemento clave para llevar a cabo una evaluación y una orientación coherentes.

6. Es importante subrayar que nunca debe entenderse que ser una persona en tránsito implique de por sí un problema de salud mental. El estatus migratorio reside exclusivamente en la esfera política, pero tiene consecuencias para la salud mental, las cuales se pretende examinar en este informe. Las personas en tránsito son personas corrientes que tienen que partir por razones diversas y complejas, a menudo de carácter sociopolítico.

7. Durante mucho tiempo se ha clasificado y etiquetado a las personas en tránsito como “merecedoras” o “no merecedoras” de refugio o asentamiento en función de las razones por las que migran². Sin embargo, debe hacerse mayor hincapié en los factores que impulsan la movilidad humana. Las formas estructurales y políticas de violencia que generan condiciones sociales y económicas deficientes son motores clave de la movilidad. Los obstáculos jurídicos, entre otros, dificultan que las personas consideradas no merecedoras participen en las comunidades de acogida, lo que agrava esta violencia estructural y plantea importantes cuestiones de derechos humanos, en particular el derecho a la salud mental³.

8. Al igual que sucede en todos los aspectos de la salud, hay una serie de factores biológicos, sociales y psicológicos que afectan a la salud mental⁴. Situar nuestra comprensión de la salud mental en el panorama más amplio de la vida política, social, cultural y económica de una persona ayudará a los garantes de derechos a distinguir sus obligaciones de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental.

9. Garantizar el derecho a la salud mental en el contexto de la migración pone en tela de juicio muchas cuestiones complejas, entre ellas la ayuda humanitaria, los Estados frágiles o asolados por la guerra, los territorios ocupados, las comunidades urbanas y rurales, el grado de deficiencia de los sistemas nacionales de salud y los centros de detención.

III. Contexto mundial: oportunidades y obstáculos

10. Más de 250 millones de personas viven fuera de su país de nacimiento⁵. Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, en la actualidad hay más de 65,6 millones de personas desplazadas por la fuerza en todo el mundo⁶. Se han visto obligadas a abandonar sus hogares por la violencia y la guerra, por la persecución religiosa, étnica, cultural o de otro tipo, y por la hambruna, la pobreza, los desastres ambientales, la discriminación y otras formas de privaciones

² Seth M. Holmes y Heide Castañeda, “Representing the ‘European refugee crisis’ in Germany and beyond: deservingness and difference, life and death”, *American Ethnologist*, vol. 43, núm. 1 (febrero de 2016).

³ *Ibid.*

⁴ Véase Organización Mundial de la Salud (OMS), *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* (Ginebra, 2013).

⁵ División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, “Trends in international migrant stock”, *International migrant stock: the 2017 revision*. Puede consultarse en http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/data/UN_MigrantStockTotal_2017.xlsx.

⁶ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), “Figures at a Glance”. Puede consultarse en <http://www.unhcr.org/en-us/figures-at-a-glance.html>.

sistémicas y acuciantes⁷. En muchos casos, han dejado atrás a su familia, su comunidad y sus raíces en busca de seguridad y supervivencia.

11. La migración de personas e ideas representa la base del progreso de la civilización humana. En la historia de la humanidad, no ha existido ningún período ni ningún lugar que no se haya visto afectado por el fenómeno de las personas en tránsito y el intercambio de las ideas que aportan. Estas personas han dado forma a las comunidades, las sociedades, las fronteras y las instituciones en las que vivimos hoy en día. Las “crisis” migratorias han sido una parte oscura de nuestra historia, desde los saqueos y asedios imperiales hasta las incursiones genocidas en tierras indígenas y las ocupaciones coloniales de tierras y continentes. El contexto moderno de la migración forzada es, en muchos aspectos, un legado de esos movimientos de dominación y subyugación.

12. En los últimos decenios, el mundo ha experimentado unos movimientos sin precedentes de personas desplazadas por la fuerza, que proceden de países de bajos ingresos del Sur Global y que principalmente permanecen en ellos. Por ejemplo, casi el 90% de los refugiados buscan refugio en países vecinos y solo diez países acogen al 60% de la población mundial de refugiados⁸.

13. En 2015, por primera vez en la historia, más de 1 millón de refugiados atravesaron la barrera artificial entre el Norte Global y el Sur Global y llegaron a Europa, justo cuando Europa se encontraba en medio de una crisis política y económica que sumió a varios países en los efectos nocivos de la austeridad y la creciente desigualdad socioeconómica. Era un momento desafortunado, ya que las fuerzas populistas difundían de manera oportunista la idea de que la “crisis de refugiados” suponía una amenaza, lo cual era una forma engañosa y simplificada de explicar el descontento nacional que ha alimentado el fervor nacionalista. La crisis política y moral de Europa, junto con los acontecimientos contrarios a la inmigración que se han producido en los Estados Unidos de América⁹, siguen ocupando los titulares. Esto ha dirigido de nuevo la atención mundial —para bien o para mal— a la situación de las personas en tránsito y la forma en que respondemos a la migración como comunidad global, también en lo que se refiere a la observancia del derecho a la salud mental.

14. En 2016, en la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes, los Estados Miembros de las Naciones Unidas asumieron el audaz compromiso político de proteger los derechos de los refugiados y los migrantes independientemente de su condición. Como resultado, en 2018 los Estados miembros aprobarán dos pactos mundiales sobre los refugiados y los migrantes, que sentarán las bases para promover y proteger con mayor empeño sus derechos humanos, incluido su derecho a la salud mental.

15. Al mismo tiempo, la salud mental se ha perfilado recientemente como prioridad en los asuntos de salud mundial, desarrollo humano y derechos humanos. En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se hace referencia a la salud mental, y su enfoque inclusivo considera explícitamente que los refugiados, los desplazados internos y los migrantes son personas que se encuentran en una situación vulnerable y a quienes se debe empoderar. En el sector humanitario internacional, la salud mental también se ha convertido en una prioridad a la luz de la aprobación en 2007 de la *Guía*

⁷ ACNUR, “Figures at a Glance”. Estas cifras solo incluyen a los refugiados y los desplazados internos. No se incluye al mayor número de migrantes, en particular los migrantes en situaciones vulnerables, muchos de los cuales se desplazan de forma irregular.

⁸ Alexander Betts y Peter Collier, *Refuge: Transforming a Broken Refugee System* (Londres, Allen Lane, 2017).

⁹ Véanse las comunicaciones núms. UA USA 2/2018, UA USA 27/2017, OL USA 23/2017 y UA USA 21/2017, que pueden consultarse en <https://spcommreports.ohchr.org>.

del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. En la esfera de los derechos humanos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha proporcionado a la salud mental una base sólida y transformadora para las personas con discapacidad, incluidas las personas en tránsito. Posteriores compromisos políticos del Consejo de Derechos Humanos, como, por ejemplo, sus resoluciones 32/18 y 36/13, han reafirmado que existe terreno político fértil en favor del cambio. No debe restarse importancia a los valientes esfuerzos de los agentes a nivel popular, los migrantes y los refugiados, las comunidades de acogida y los trabajadores de la salud mental, que han demostrado cómo la resiliencia, la tolerancia, la inclusión y el aprovechamiento del capital social pueden contribuir al bienestar de comunidades enteras. Lejos de la ruidosa retórica política del miedo y la xenofobia, es preciso reconocer y promover las medidas comunitarias que resultan destacables y, a menudo, osadas.

16. Los acontecimientos mencionados ponen de manifiesto la necesidad de afrontar los obstáculos que impiden el ejercicio del derecho a la salud mental en relación con las personas en tránsito y el conjunto de comunidades que las acogen.

A. Oportunidades

Reconstruir mejor: fortalecimiento de los sistemas de salud mental para todos

17. En todo el mundo, los sistemas de salud mental se enfrentan a graves desafíos, que van desde la escasa prioridad política asignada en esta materia y las considerables limitaciones de recursos hasta unos servicios de atención psiquiátrica segregados y excesivamente medicalizados. Las medidas que se están tomando en muchas partes del mundo para fortalecer los sistemas de salud mental ofrecen la oportunidad de examinar cómo promueven esos sistemas el ejercicio del derecho a la salud mental para todas las personas, incluidas las personas en tránsito, en igualdad de condiciones.

18. Los agentes humanitarios y de desarrollo están empezando a reconocer la necesidad de que los sistemas de emergencia se ajusten a medidas más amplias de fomento del desarrollo sostenible¹⁰. En los países y las comunidades de acogida, los sistemas de salud paralelos pueden estigmatizar a las personas en tránsito y crear tensiones con las comunidades locales, además de que no son sostenibles económicamente. En su lugar, los sistemas de salud deben esforzarse por ofrecer unos servicios de atención y apoyo de la mejor calidad posible a todas las personas, incluidas las personas en tránsito, en igualdad de condiciones.

19. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ilustran la forma en que las emergencias pueden crear oportunidades de responder a la necesidad de mejorar los sistemas de salud mental para todas las personas en situaciones posteriores a emergencias, incluidas, entre otras, las personas en tránsito¹¹.

¹⁰ Banco Mundial, “Líderes piden crear alianza humanitaria y de desarrollo para responder al desplazamiento forzado y las crisis mundiales”, comunicado de prensa, 16 de marzo de 2016. Puede consultarse en <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2016/03/16/new-humanitarian-development-partnership-forced-displacement-global-crises>.

¹¹ OMS, *Building Back Better: Sustainable Mental Health Care After Emergencies* (Ginebra, 2013); Ministerio de Salud Pública, “Mental health and substance abuse: prevention, promotion and treatment. Situation analysis and strategy for Lebanon 2015-2020” (Beirut, 2015). Puede consultarse en <http://www.mhinnovation.net/resources/national-mental-health-strategy-lebanon#.VwxpS6s4n-l>.

Posible contribución de la migración al bienestar de la comunidad

20. Las personas en tránsito, cuando encuentran un entorno propicio para prosperar, son en su inmensa mayoría contribuyentes netos a las economías de sus países y comunidades de acogida¹². Hay investigaciones que demuestran que la contribución de estas personas a sus economías de acogida a veces puede más que duplicar el costo de acoger a un migrante o refugiado¹³. Hasta ahora, los inmigrantes han representado el 47% del aumento de la fuerza de trabajo de los Estados Unidos y el 70% en el caso de Europa¹⁴. Según un estudio reciente de los Estados Unidos, en un plazo de seis meses desde el reasentamiento, el 84% de los refugiados reasentados habían pasado a ser autosuficientes y muchos habían contratado a personas del lugar de acogida en sus propios negocios¹⁵. La movilidad humana puede poner fin a la pobreza extrema e impulsar el crecimiento económico mundial de manera sostenible, en consonancia con los objetivos más amplios de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Además de la contribución que aportan las personas en tránsito al aumentar la diversidad de sus comunidades de acogida, también pueden ayudar a crear empleo, contrarrestar los efectos del envejecimiento de la población y mejorar la productividad¹⁶.

21. Cuando a las personas en tránsito se les permite participar en el bienestar económico de las comunidades de acogida, pueden contribuir al bienestar general de las sociedades en las que residen. No puede dejar de subrayarse la importancia de crear un entorno jurídico y de políticas que permita que las personas en tránsito prosperen en sus comunidades de acogida. Del mismo modo, la diversidad de ideas y las contribuciones de las personas en tránsito pueden ser un activo importante para las comunidades de acogida cuando se crea tal entorno. Algunas investigaciones demuestran el valor de la inclusión y los “dividendos de la diversidad” y señalan que los conocimientos, las aptitudes y la especialización de una población diversa pueden hacer contribuciones económicas y culturales en un mundo cada vez más globalizado¹⁷.

22. La inversión global en el derecho a la salud mental de las personas en tránsito y sus comunidades de acogida puede ayudar a resolver las diferencias y encarar las causas fundamentales de la intolerancia y la exclusión, lo cual, a su vez, puede ofrecer una valiosa oportunidad para promover unas sociedades saludables y cohesionadas.

¹² Amandine Aubry, Michał Burzynski y Frédéric Docquier, “The welfare impact of global migration in OECD countries”, *Journal of International Economics*, vol. 101 (julio de 2016); Graeme Hugo, “The economic contribution of humanitarian settlers in Australia”, *International Migration*, vol. 52, núm. 2 (abril de 2014); Grația Georgiana Noja y otros, “Migrants’ role in enhancing the economic development of host countries: empirical evidence from Europe”, *Sustainability*, vol. 10, núm. 3 (marzo de 2018).

¹³ International Rescue Committee, “Why are refugees good for the economy?”. Puede consultarse en <https://www.rescue.org/video/why-are-refugees-good-economy>.

¹⁴ Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), “Is migration good for the economy?”, *Migration Policy Debates*, mayo de 2014. Puede consultarse en <https://www.oecd.org/migration/OECD%20Migration%20Policy%20Debates%20Numero%202.pdf>.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Grupo Banco Mundial, *Global Monitoring Report 2015/2016: Development Goals in an Era of Demographic Change* (Washington D.C., 2016).

¹⁷ Mark Kaplan y Mason Donovan, *Inclusion Dividend: Why Investing in Diversity and Inclusion Pays Off* (Londres, Routledge, 2013); Emery N. Castle, “Rural diversity: an American asset”, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 529, núm. 1 (septiembre de 1993); Stephen Syrett y Leandro Sepulveda, “Realising the diversity dividend: population diversity and urban economic development”, *Environment and Planning A: Economy and Space*, vol. 43, núm. 2 (febrero de 2011).

B. Obstáculos

23. En un informe anterior ([A/HRC/35/21](#)), el Relator Especial advertía de que situar la salud mental entre las prioridades mundiales usando un modelo centrado en la “carga de morbilidad” no bastaba para crear las condiciones que permitieran lograr un cambio eficaz basado en los derechos con respecto a la salud mental en las políticas, la legislación y la práctica. Esa advertencia está aún más justificada en el contexto de la salud mental y la migración. Es fundamental evaluar con cuidado la carga que suponen los obstáculos clave para las partes interesadas a fin de conseguir que el derecho a la salud mental sea una prioridad en el contexto de la migración.

Asimetrías de poder

24. Uno de los principales obstáculos para la promoción y la protección del derecho a la salud mental en el contexto de la migración es el inmenso panorama de desigualdad en las relaciones de poder en los ámbitos sociopolítico, de atención sanitaria e incluso a veces de ayuda humanitaria. Las trayectorias de la vida de las personas en tránsito están determinadas en gran medida por las estructuras de poder y gobernanza a nivel mundial y nacional y las decisiones políticas que estas adoptan, que tienen importantes consecuencias para el derecho a la salud mental.

25. Los conflictos, la violencia y las desigualdades socioeconómicas — subproductos de las poderosas estructuras políticas— constituyen motores clave del desplazamiento y determinan considerablemente la salud mental. Del mismo modo, el trato discriminatorio que se da a muchas personas en tránsito en los países de acogida refleja unas jerarquías sociales y unas relaciones de poder complejas¹⁸. La xenofobia y el oportunismo político que caracterizan determinados discursos, leyes y políticas tienen consecuencias importantes para la salud mental de las personas en tránsito y sus comunidades de partida, tránsito y destino.

26. Este tipo de violencia se origina en las relaciones malsanas y desiguales entre las personas, y se contribuye a ella si no se fomentan y protegen las relaciones humanas de buena calidad¹⁹. Estas jerarquías se afianzan gracias a poderosos agentes políticos que incitan al miedo y la xenofobia, a menudo presentando mitos como supuestos hechos. Por ejemplo, se sigue insistiendo en la conexión entre el aumento de la delincuencia y el incremento de la migración, que es una falsedad demostrada. Una vez que se levanta el manto de las “noticias falsas”, estos agentes políticos quedan al descubierto como propagandistas del miedo, incapaces de ofrecer soluciones reales a las luchas sociales del electorado.

27. Crear un entorno de miedo e intolerancia es perjudicial para la salud mental y el bienestar, no solo de las personas en tránsito, sino también de todas las personas expuestas a este tipo de discurso. A fin de proteger, respetar y hacer que se cumpla el derecho a la salud mental para todas las personas, incluidas las personas en tránsito, se debe hacer frente como prioridad común mundial a los obstáculos que entorpecen el desarrollo de comunidades fuertes y caracterizadas por relaciones humanas de buena calidad.

28. Las personas que ocupan cargos de poder tienen la responsabilidad de actuar como apoyo de la dignidad y el bienestar de todas las personas, en particular las personas en tránsito. Sin embargo, los acontecimientos recientes en muchos Estados parecen reflejar un intento deliberado de violar los derechos de las

¹⁸ Michele G. Shedlin y otros, “Sending-country violence and receiving-country discrimination: effects on the health of Colombian refugees in Ecuador”, *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 16, núm. 1 (febrero de 2014).

¹⁹ Véase [A/HRC/29/33](#), párr. 107.

personas en tránsito o impedir su movilidad, entre otras cosas aprobando leyes y políticas que castigan a los migrantes y los refugiados y a quienes los ayudan²⁰. Las leyes discriminatorias, en especial las que convierten en delincuentes a las personas basándose en su situación de inmigración, pueden tener consecuencias graves en los derechos humanos de las personas en tránsito, incluido su derecho a la salud mental²¹.

29. En el sector del desarrollo, e incluso en el sector humanitario, es necesario hacer autocritica sobre el grado de diversidad que existe entre las partes interesadas que contribuyen al discurso mundial en torno a la movilidad humana, la protección y la salud pública. Cuando se responde a situaciones de emergencia se debería tener en cuenta la opinión de las personas en tránsito, que son las que se ven afectadas más directamente. Se ha de otorgar prioridad a la sostenibilidad y la eficacia de las respuestas humanitarias, a la vez que se deben evitar los modelos orientados a la caridad que no sitúen a las personas, las comunidades y sus derechos colectivos en el centro de los mecanismos de respuesta.

30. Tradicionalmente, en los servicios de atención y apoyo a la salud mental que se prestan en muchos contextos humanitarios se considera que las personas son receptoras pasivas de ayuda²², mientras que son las respuestas humanitarias paternalistas e impulsadas por donantes las que han predominado en la respuesta mundial a emergencias²³. Estos enfoques descendentes ponen de relieve los desequilibrios de poder de las situaciones humanitarias y convendría revisarlos por dos razones importantes: a) devalúan la participación de las personas en tránsito en su propio bienestar; y b) atrapan a las personas en una descripción limitada del trauma o “trastorno” psicológico que no contextualiza la complejidad de su vida social, económica y política. El planteamiento más habitual no debería ser el de los programas verticales y descendentes que intentan “tratar” los trastornos de salud mental como enfermedades. En su lugar, se deben diseñar intervenciones que hagan hincapié en la participación de las personas en tránsito en su propio bienestar y examinen sus circunstancias como parte de un ecosistema sociopolítico más amplio.

Predominio del enfoque biomédico y la medicalización de la adversidad

31. El uso de estadísticas alarmantes para indicar la magnitud y la carga económica de los “trastornos mentales” ha sido un recurso estratégico y de utilidad política para convertir la salud mental en prioridad mundial. No obstante, el Relator Especial

²⁰ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), “United Nations experts to United States: ‘Release migrant children from detention and stop using them to deter irregular migration’”, 22 de junio de 2018. Puede consultarse en <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23245&LangID=E>; ACNUDH, “Thailand: United Nations experts condemn use of defamation laws to silence human rights defender Andy Hall”, 17 de mayo de 2018. Puede consultarse en <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23095&LangID=E>; ACNUDH, “Confronting the two faces of racism: resurgent hate and structural discrimination”, 21 de marzo de 2018. Puede consultarse en <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22856&LangID=E>.

²¹ Asian Pacific American Institute for Congressional Studies, “APAICS and AAPI coalition express concerns about the xenophobic rhetoric in 2010 campaigns”, 1 de noviembre de 2010. Puede consultarse en <http://apaics.org/2010/11/01/apaics-and-aapi-coalition-express-concerns-about-the-xenophobic-rhetoric-in-2010-campaigns/>.

²² Michael Barnett, “Humanitarianism, paternalism and the UNHCR”, en *Refugees in International Relations*, Alexander Betts y Gil Loescher (eds.) (Oxford, Oxford University Press, 2011); Vanessa Pupavac, “Global disaster management and therapeutic governance of communities”, *Development Dialogue*, núm. 58 (abril de 2012).

²³ Lisa Schwartz y otros, “Ethics in humanitarian aid work: learning from the narratives of humanitarian health workers”, *AJOB Primary Research*, vol. 1, núm. 3 (2010).

recuerda que formular así esta cuestión arraiga con firmeza la crisis mundial de salud mental a un modelo biomédico, lo que implica que los factores y los procesos neurobiológicos sean la explicación y la respuesta predominantes ante los problemas de salud mental. En la actualidad, la mayoría de las inversiones relativas a la salud mental en países de ingresos bajos, medianos y altos están orientados de forma desproporcionada a servicios de financiación basados en un modelo biomédico de la psiquiatría: tratamiento hospitalario, medicamentos y atención institucional²⁴. Con ello, se presta menos atención a las políticas, el empoderamiento y la inversión orientados a crear condiciones propicias, y más al tratamiento de trastornos específicos, lo que da lugar a resultados ineficaces y potencialmente perjudiciales. Lo que es más importante, esto da lugar a que los encargados de formular políticas consideren menos prioritario hacer frente a los principales factores de riesgo y de protección que afectan a la salud mental de todas las personas, sobre todo en el contexto de la migración.

32. Del mismo modo, en los dos últimos decenios, las necesidades de salud mental de las personas en tránsito han adquirido mucha visibilidad gracias al uso estratégico del término “trauma” para describir el sufrimiento y la adversidad que afrontan las víctimas de los desplazamientos forzados en el proceso migratorio²⁵. El discurso desde una perspectiva del trauma ha puesto de relieve aspectos del sufrimiento que antes eran invisibles, entre ellos la violencia estructural de los conflictos, la pérdida del hogar y la naturaleza embrutecedora del desplazamiento forzado. Sin embargo, este discurso también se ha convertido en una práctica clínica relacionada con el trauma en forma de medicación y asesoramiento psicosocial personalizado. Esto, a su vez, ha ocultado los principales riesgos en cuanto a protección y los factores indispensables para el bienestar positivo y ha ignorado el significado social y político que para muchos representa la experiencia colectiva del desplazamiento²⁶. La inmensa mayoría de las personas en tránsito experimentan reacciones emocionales normales ante el sufrimiento y unos factores estresantes externos que a menudo son extraordinarios. Valorar esas respuestas desde el punto de vista médico como “trauma”, “trastorno” o “enfermedad” atrapa a las personas en un discurso que limita la diversidad y las posibilidades de su trayectoria vital. Resulta preocupante la forma en que esa perspectiva puede conducir al paternalismo y, así, infravalorar y socavar la capacidad y la voluntad propias de las personas como participantes activos en su salud mental y titulares de derechos facultados, en lugar de receptores pasivos de atención. Si bien un número reducido de las personas en tránsito experimentan importantes problemas de salud mental y requieren servicios personalizados de atención y apoyo, es conveniente evitar la medicalización excesiva de los efectos de la movilidad humana.

33. La calidad insuficiente de los profesionales sanitarios puede ser un obstáculo considerable debido a la parcialidad y las aptitudes reduccionistas que muchos de ellos aportan a los centros de salud mental. El paternalismo inherente al modelo biomédico y al contexto del trauma sigue siendo un legado de la capacitación en salud mental e influye en la forma de crear y prestar los servicios de atención. Las principales partes interesadas, a pesar de sus mejores intenciones a la hora de prestar atención de las personas en tránsito, tienden a medicalizar en exceso e infravalorar la importancia de los derechos sociales, políticos, culturales, espirituales y económicos

²⁴ Véase [A/HRC/35/21](#), párrs. 18 a 29; véase también la resolución 36/13 del Consejo de Derechos Humanos, párr. 9.

²⁵ Didier Fassin y Richard Rechtman, *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood* (Princeton, Princeton University Press, 2009); Miranda Alcock, “Refugee trauma: the assault on meaning”, *Psychodynamic Practice*, vol. 9, núm. 3 (2003).

²⁶ Rita Giacaman y otros, “Mental health, social distress and political oppression: the case of the occupied Palestinian territory”, *Global Public Health*, vol. 6, núm. 5 (julio de 2011).

que determinan la salud mental y el bienestar²⁷. Por lo tanto, es necesario estudiar formas de superar esos obstáculos en la capacitación y la diversificación de este tipo de profesionales.

IV. Marco del derecho a la salud mental y personas en tránsito

A. Obligaciones

34. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece un marco jurídicamente vinculante para el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Esto se complementa con una serie de instrumentos jurídicos, entre ellos: la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares, la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados y la Convención sobre los Derechos del Niño. Los Estados partes tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud física y mental en las leyes, políticas, medidas presupuestarias, programas y otras iniciativas de ámbito nacional.

35. El derecho a la salud física y mental incluye las obligaciones y exigencias inmediatas que recaen en los Estados relativas a adoptar medidas deliberadas, concretas y selectivas para lograr de forma gradual la plena efectividad de ese derecho²⁸. Sin embargo, algunas obligaciones básicas no están sujetas a la realización progresiva y deben aplicarse de inmediato. Entre ellas figuran la elaboración de una estrategia nacional de salud pública y el acceso no discriminatorio a los servicios. En lo que respecta al derecho a la salud mental, esto implica: a) la elaboración de una estrategia nacional de salud mental que incluya a las personas en tránsito; b) un plan concreto para crear un mecanismo de coordinación que se ocupe de la salud y el bienestar de las personas en tránsito y que abarque a las propias personas además de los agentes humanitarios y las comunidades; y c) una hoja de ruta que se aleje del tratamiento coercitivo y favorezca la igualdad de acceso a unos servicios de salud mental basados en los derechos, incluida la distribución equitativa de los servicios en la comunidad.

36. La prohibición de la discriminación, en especial por motivos de origen nacional, nacimiento o condición jurídica, es también una obligación básica que no está sujeta a la realización progresiva²⁹. Los Estados están obligados a respetar, proteger y hacer realidad el derecho a la salud mental de todas las personas que se encuentren en su territorio o bajo su control efectivo, independientemente de su condición jurídica de

²⁷ Vanessa Pupavac, "Therapeutising refugees, pathologising populations: international psycho-social programmes in Kosovo", *New Issues In Refugee Research*, documento de trabajo núm. 59. Puede consultarse en <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/77E8853E90165CCDC1256C610035083E-hcr-therapeutising-aug02.pdf>; D. Bhugra y otros, "EPA guidance mental health care and migrants", *European Psychiatry*, vol. 29, núm. 2 (febrero de 2014); Milica Pejovic-Milovancevic, Henrikje Klasen y Dimitris Anagnostopoulos, "ESCAP for mental health of child and adolescent refugees: facing the challenge together, reducing risk, and promoting healthy development", *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 27, núm. 2 (febrero de 2018).

²⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2 1).

²⁹ *Ibid.*, art. 2 2), y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observaciones generales núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 43 a), y núm. 20 (2009) sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, párr. 30.

migrantes, refugiados o de otro tipo. La sola presencia de personas en tránsito dentro de la jurisdicción de un Estado —ya sea en situación regular o irregular— impone obligaciones a ese Estado en relación con el derecho a la salud.

37. Los países de origen, tránsito o destino no deben denegar a las personas en tránsito su derecho a migrar en función de su salud —incluida la salud mental— o su situación de discapacidad. Denegar a una persona en tránsito el permiso de residencia, la reunificación familiar o la naturalización basándose únicamente en su salud —incluidas la salud mental y la situación de discapacidad— implica una discriminación contraria a derecho³⁰.

B. Cooperación y asistencia internacionales

38. Los tratados internacionales de derechos humanos reconocen la obligación de los Estados de cooperar para garantizar el derecho a la salud física y mental, responsabilidad que se reitera en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y en las deliberaciones de los pactos mundiales sobre los refugiados y los migrantes. Los Estados de ingresos más altos tienen el deber específico de prestar asistencia para garantizar el derecho a la salud física y mental en los países de ingresos más bajos. Existe la obligación inmediata de abstenerse de prestar cooperación para el desarrollo destinada a los sistemas de atención de la salud mental que sean discriminatorios o en los que se cometan actos de violencia, tortura y otras violaciones de los derechos humanos, especialmente en contextos humanitarios o de emergencia. La cooperación para el desarrollo basada en los derechos debe secundar la promoción equilibrada de la salud mental junto con intervenciones psicosociales y otras alternativas de tratamiento, prestadas en la comunidad. Con demasiada frecuencia, la asistencia humanitaria internacional —en particular respecto a la salud mental— se presta como apoyo de “emergencia” a corto plazo. Ello obliga a que la atención prestada se encuadre en modelos de programas reactivos e individualistas, que suelen evaluarse mediante indicadores biomédicos como el número de personas tratadas. De hecho, se necesita inversión a largo plazo para fortalecer los sistemas de salud mental y asegurar que respondan y hagan frente a los diversos factores sociales, económicos, psicológicos y biológicos que causan mala salud mental para las personas en tránsito y el conjunto de las comunidades en las que viven. Muchos Estados han reconocido la necesidad de introducir un cambio en los mecanismos de gobernanza como apoyo a ese objetivo a largo plazo en favor del desarrollo sostenible y basado en los derechos, y de fusionar sus mecanismos humanitarios y de desarrollo a nivel internacional. Deberían ser más los Estados que tuvieran en cuenta los obstáculos que plantean sus mecanismos de gobernanza para la cooperación internacional sostenible basada en los derechos.

39. La exclusión y las relaciones comunitarias tóxicas constituyen un obstáculo fundamental para el ejercicio del derecho a la salud mental en el contexto de la migración. Igualmente, la exclusión da lugar a importantes costos económicos para las comunidades. La asistencia internacional ha de seguir avanzando más allá de los paradigmas del tratamiento individualista hacia modelos más integrales de recuperación colectiva para las comunidades, con especial atención a los principales factores determinantes de la salud mental, como son las relaciones comunitarias saludables y la inclusión. Deben estudiarse marcos participativos que permitan definir y aplicar modelos locales apropiados.

³⁰ El artículo 5 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce que todas las personas tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

40. A pesar de los cambios de discurso que se han producido durante los últimos años, la salud mental en todo el mundo sigue sufriendo un grave déficit de financiación. Entre 2007 y 2013 solo el 1% de la ayuda internacional para la salud se destinó a la salud mental³¹, lo cual ilustra la escasa prioridad que se ha otorgado a la salud mental como cuestión de interés mundial. Así se refleja en los contextos humanitarios, donde se han observado limitaciones similares y la necesidad insatisfecha de disponer de iniciativas de atención y apoyo a la salud mental basadas en los derechos³². En situaciones humanitarias, las limitaciones de recursos representan un obstáculo considerable para el ejercicio del derecho a la salud mental. La financiación de la salud mental siempre debe apoyar las intervenciones que reafirman la importancia de los derechos y nunca debe respaldar aquellas intervenciones que den lugar a violaciones de los derechos humanos. El Relator Especial destaca que el ejercicio del derecho a la salud mental en el caso de las personas en tránsito no es posible sin una financiación adecuada, e insta a una nueva generación de donantes excepcionales de todo el mundo a asumir ese reto.

41. La asistencia y la cooperación internacionales también incluyen el apoyo técnico a las políticas y prácticas de salud mental basadas en los derechos en el contexto de la migración. La iniciativa QualityRights de la OMS es un ejemplo encomiable de esa asistencia técnica y se ha aplicado con éxito para dar respuesta a cuestiones de salud mental y migración en varios países, entre ellos el Líbano, que acoge a un número muy elevado de personas en tránsito y donde la integración de las políticas y los servicios de salud mental y migración es ejemplar.

42. Asimismo, el equipo de tareas del Comité Permanente entre Organismos sobre salud mental ha elaborado una serie de directrices para la coordinación de los servicios de atención y apoyo a la salud mental en las situaciones de emergencia. Los aspectos principales en los que se centran las directrices incluyen los derechos humanos, la igualdad y la participación de las personas y las comunidades en todas las decisiones relativas a su salud mental y su bienestar³³. Sin embargo, el conocimiento de estas directrices sigue sin alcanzar un nivel óptimo, y la calidad del apoyo psicosocial se ha puesto en entredicho³⁴. Los conocimientos especializados y la experiencia del equipo de tareas deberían aprovecharse para desarrollar mejores prácticas, impulsar una colaboración más inclusiva y contribuir al intercambio de conocimientos, al tiempo que se garantiza la participación de las comunidades afectadas y un enfoque de la salud mental basado en los derechos.

C. Participación y acceso a la información

43. La participación no solo es un derecho humano, sino que también se ha demostrado que es un factor determinante del bienestar psicológico³⁵. Según la OMS, la capacidad de una persona para contribuir a su comunidad representa un componente de la salud mental³⁶. Para hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud mental es preciso que todas las personas participen en las decisiones relacionadas con su propio

³¹ Véase [A/HRC/35/21](#), párr. 39.

³² Wietse Tol, "Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research", *The Lancet*, vol. 378, núm. 9802 (octubre de 2011).

³³ Comité Permanente entre Organismos, *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes* (Ginebra, 2007).

³⁴ Comité Permanente entre Organismos, *Review of the Implementation of the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings* (2014).

³⁵ I. Kawachi y L. Berkman, "Social ties and mental health", *Journal of Urban Health*, vol. 78, núm. 3 (septiembre de 2001).

³⁶ OMS y Fundación Calouste Gulbenkian, *Social Determinants of Mental Health* (Ginebra, OMS, 2014).

bienestar. Por lo tanto, incumbe a los entornos de acogida facilitar la participación de las personas en tránsito a través de medios de política y jurídicos, además de medidas encaminadas a la integración social.

44. Las personas en tránsito tienen derecho a participar en los servicios de atención y apoyo que reciben para tomar decisiones y para contribuir a la creación de los sistemas de apoyo. Las restricciones a su capacidad para trabajar, recibir educación o participar de alguna otra forma significativa y en condiciones de igualdad en sus comunidades de acogida son incompatibles con el derecho a la salud y deben eliminarse.

45. Existen numerosas formas en las que la participación puede y debe facilitarse en el contexto de la movilidad humana. La participación en la formulación de políticas podría incluir el uso de métodos participativos para fomentar la comprensión del contexto local en el que se prestan los servicios de atención y apoyo a la salud mental y de las necesidades de las personas y comunidades afectadas. Este modelo ya ha demostrado su utilidad anteriormente³⁷. Las personas en tránsito han participado en iniciativas destinadas a mejorar la salud mental y el bienestar en calidad de mediadores culturales, asistentes que prestan apoyo entre pares, intérpretes comunitarios y trabajadores sanitarios. Se ha demostrado que estos enfoques mejoran la eficacia de las intervenciones y promueven los derechos y una mayor calidad de la atención y el apoyo³⁸.

46. Se debería facilitar información precisa y oportuna sobre el derecho a la salud mental y los servicios de atención y apoyo a la salud mental a las personas en tránsito en todas las etapas de su viaje, a lo largo de las rutas migratorias, en los centros de acogida y en las comunidades donde viven y trabajan. Es necesario que la información se ofrezca en un idioma y un formato que puedan comprender y señale claramente que tienen derecho a servicios de atención y apoyo en las mismas condiciones que el resto de ciudadanos.

D. Rendición de cuentas

47. Supervisar el respeto por el derecho a la salud mental de las personas en tránsito no solo significa vigilar la eficacia de los servicios de atención y apoyo a la salud mental, sino también las repercusiones que tienen en los derechos humanos las políticas, en particular las políticas de inmigración y sobre salud mental y bienestar. Por consiguiente, se insta a los Estados a que participen de forma periódica e imparcial en la supervisión de todas las políticas y los servicios que puedan afectar a la salud mental y el bienestar de las personas en tránsito.

48. En el proceso de rendición de cuentas es especialmente importante la función que cumplen las instituciones nacionales de derechos humanos, los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas y la sociedad civil. Del mismo modo, la vigilancia de los derechos humanos en las respuestas a situaciones de emergencia debe ser un elemento clave en todas las respuestas humanitarias. Las organizaciones

³⁷ Susan McKay y otros, "Building meaningful participation in (re)integration among war-affected young mothers in Liberia, Sierra Leone and northern Uganda", *Intervention*, vol. 9, núm. 2 (julio de 2011).

³⁸ Barbara Kieft y otros, "Paraprofessional counselling within asylum seekers' groups in the Netherlands: transferring an approach for a non-western context to a European setting", *Transcultural Psychiatry*, vol. 45, núm. 1 (2008); Constanze Quosh, "Takamol: multi-professional capacity building in order to strengthen the psychosocial and mental health sector in response to refugee crises in Syria", *Intervention*, vol. 9, núm. 3 (2011).

humanitarias y los donantes internacionales tienen la responsabilidad de asegurar el más alto nivel de transparencia para apoyar el proceso de rendición de cuentas.

E. Factores sociales que determinan la salud mental en el contexto de la migración

49. Un enfoque de la salud mental basado en los derechos reconoce que el entorno social más general en el que se encuentra una persona —en particular las personas en tránsito— es un factor que determina su salud mental. En consecuencia, el nivel creciente de marginación y las actitudes negativas que predominan hacia las personas en tránsito en muchos contextos son motivo de preocupación. Entre las preocupaciones sociales que se ha observado que afectan a la salud mental figuran la necesidad de seguridad, sobre todo la seguridad en el contexto de las relaciones íntimas³⁹; la necesidad de relaciones humanas prósperas⁴⁰; y la necesidad de oportunidades educativas y laborales y un nivel de vida adecuado⁴¹.

50. Atender las inquietudes sociales y comunitarias puede mejorar la salud mental y el bienestar de todas las personas, incluidas las personas en tránsito, y puede contribuir considerablemente a la observancia del derecho a la salud mental para todos. El Relator Especial reitera que la salud mental de todos los individuos de cualquier sociedad puede beneficiarse en gran medida de las leyes, las políticas y las iniciativas sociales que fomenten entornos propicios para que todas las personas establezcan relaciones satisfactorias y contribuyan de manera sustancial a la comunidad⁴².

F. Atención y apoyo

51. Si bien es necesario velar por que quienes sufren problemas de salud mental reciban servicios adecuados de atención y apoyo, resulta esencial reconocer que la mayoría de las personas en tránsito experimentan unas reacciones normales ante la adversidad que no deberían medicalizarse como trastornos individuales. Así pues, las consecuencias que las experiencias de las personas en tránsito tienen para la salud mental pueden ser muy diversas, por lo que las intervenciones y políticas deben incluir enfoques que sean igual de diversos. El marco de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad⁴³ se debe aplicar a las intervenciones de atención y apoyo a la salud mental que atienden a toda esa diversidad de problemas de salud mental.

Disponibilidad

52. La disponibilidad exige que los Estados establezcan procedimientos específicos de detección y evaluación para examinar la salud mental y el bienestar de una persona y la situación de los derechos humanos de las personas en tránsito⁴⁴. A través de esos mecanismos, debería ser posible distinguir a los supervivientes de la violencia sexual y de género y la tortura, así como a otras personas en tránsito con necesidades de

³⁹ Ann Coker y otros, “Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health”, *Journal of Women’s Health and Gender-Based Medicine*, vol. 11, núm. 5.

⁴⁰ Kawachi and Berkman, “Social ties and mental health”.

⁴¹ OMS y Fundación Calouste Gulbenkian, *Social Determinants of Mental Health*.

⁴² Véase [A/HRC/35/21](#), párrs. 67 y 68.

⁴³ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 12.

⁴⁴ Véase, por ejemplo, OMS y ACNUR, *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental* (Ginebra, OMS, 2012).

salud mental y bienestar, y garantizar que sean remitidas a los servicios de salud y protección que corresponda.

53. Los servicios de atención y apoyo a la salud mental no solo deben estar disponibles para las personas en tránsito, sino que también deben ser adecuados y no han de vulnerar los derechos de las personas afectadas. Conviene evitar el uso excesivo de intervenciones biomédicas o hacer demasiado hincapié en el trauma psicológico y, en su lugar, favorecer intervenciones que pongan de relieve el derecho de las personas en tránsito a vivir libremente en sus comunidades y tener oportunidades para prosperar. Se deben tomar medidas que garanticen que los servicios de atención y apoyo a la salud mental estén basados en los derechos y a disposición de las personas en tránsito, en igualdad de condiciones con los nacionales y no en sistemas paralelos. A nivel mundial, los servicios de reducción del daño siguen experimentando una grave carencia de fondos, y esta situación se complica para las personas en tránsito⁴⁵.

54. En todo el mundo, la escasez de personal en los servicios de atención y apoyo a la salud mental ha sido un obstáculo importante para el acceso a los servicios⁴⁶. Los entornos humanitarios también se enfrentan a este tipo de escasez⁴⁷, lo cual plantea un importante escollo para la aplicación de las directrices del Comité Permanente entre Organismos⁴⁸. Una forma de superar la escasez de personal son los modelos de atención comunitaria y apoyo entre pares⁴⁹.

Accesibilidad

55. En los últimos años, los Estados han aumentado el uso de políticas de inmigración restrictivas y punitivas como medio para desalentar la migración⁵⁰. Esas políticas han contribuido a generar un entorno de riesgo donde hay más probabilidades de que se produzcan violaciones de los derechos humanos y así sucede, en particular a manos de funcionarios del Estado⁵¹. Se ha demostrado que la formulación de políticas de inmigración que se centren en la inclusión y que tengan en cuenta la vida en una comunidad de iguales contribuye al bienestar⁵². Es necesario que los Estados trabajen activamente en pro de la formulación de este tipo de leyes y políticas.

56. El Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes y el anterior Relator Especial sobre el derecho a la salud han señalado que las necesidades sanitarias de los migrantes irregulares o indocumentados a menudo quedan

⁴⁵ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services. Background paper: a European guide” (2017). Puede consultarse en http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6341/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Migrants-Asylum-seekers-Refugees-Drug-use.pdf.

⁴⁶ OMS, *Mental Health Atlas 2017* (Ginebra, 2018).

⁴⁷ International Medical Corps, “Mental health and psychosocial support considerations for Syrian refugees in Turkey: sources of distress, coping mechanisms, and access to support” (Los Angeles, CA, y Washington D.C., 2017).

⁴⁸ Comité Permanente entre Organismos, *Review of the Implementation of the IASC Guidelines*.

⁴⁹ T. Hoeft y otros, “Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review”, *The Journal of Rural Health*, vol. 34, núm. 1 (diciembre de 2018); Carolyn Williams, “The Southeast Asian refugees and community mental health”, *Journal of Community Psychology*, vol. 13 (julio de 1985).

⁵⁰ Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, *New walled order: how barriers to basic services turn migration into a humanitarian crisis* (2018). Puede consultarse en <http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2018/07/180628-Migration-policy-report-A4-EN.pdf>.

⁵¹ *Ibid.* Véase también A/72/335.

⁵² *Ibid.*

desatendidas de forma sistemática e irreversible⁵³. En algunos países, las personas en tránsito en situación irregular quedan excluidas por la ley o las políticas o en la práctica y solo se les permite recibir atención médica de urgencia, a menudo con un costo, de manera que se les deniega la atención primaria o secundaria que necesitan, incluidos los servicios de atención y apoyo a la salud mental. Igualmente, cuando los trabajadores sociales y sanitarios están obligados —por la ley, las políticas o la práctica— a denunciar a los migrantes irregulares ante los servicios de inmigración u otras autoridades públicas, las personas en tránsito no pueden acceder a los servicios por temor a ser arrestados, detenidos y deportados. Esto constituye una violación del derecho a la intimidad, además de un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud. Se ha señalado que recurrir a medidas “cortafuegos” que permitan que las personas en tránsito interactúen libremente con los funcionarios públicos para denunciar violaciones es una solución de política que puede separar el control de la inmigración y facilitar el acceso a la prestación de servicios⁵⁴.

57. Los servicios de atención y apoyo a la salud mental deben ser accesibles para las personas en tránsito con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás. Se ha señalado que la accesibilidad física de las instalaciones de servicios destinados a las personas en tránsito con discapacidad plantea un problema que requiere rectificación urgente para hacer efectivo el derecho a la salud física y mental sin discriminación alguna⁵⁵. Del mismo modo, se han de ofrecer instalaciones de servicios de atención y apoyo a la salud mental para las personas con discapacidad intelectual, cognitiva o psicosocial y en dichos servicios se debe reconocer que la diversidad de funciones y capacidades que predomina en todas las poblaciones también se aplica a las personas en tránsito.

58. A fin de garantizar la accesibilidad de los servicios de atención y apoyo a la salud mental, es preciso superar las barreras geográficas, culturales y lingüísticas mediante la creación de capacidad, la prestación de servicios móviles y remotos, el uso de intérpretes, la realización de actividades de divulgación y la prestación de servicios de atención y apoyo adaptados desde el punto de vista lingüístico y cultural que reconozcan las necesidades y sensibilidades específicas de las personas que los utilizan.

Aceptabilidad

59. Un planteamiento aceptable de la salud mental y el bienestar de las personas en tránsito debe tener en cuenta la diversidad de los orígenes, lo cual puede orientar las experiencias de la migración y el proceso de integración posterior a la migración. Para que los servicios de atención y apoyo a la salud mental sean aceptables deben tener en consideración la cultura, la religión, el idioma y el contexto. Según se ha demostrado en investigaciones, las personas en tránsito de distintos orígenes experimentan los efectos de la migración y el desplazamiento en la salud mental de distintas formas⁵⁶, lo cual debería tenerse en cuenta mediante la participación

⁵³ [A/HRC/17/33](#) y [A/HRC/23/41](#).

⁵⁴ François Crépeau y Bethany Hastie, “The case for ‘firewall’ protections for irregular migrants: safeguarding fundamental rights”, *European Journal of Migration and Law*, vol. 17 (junio de 2015).

⁵⁵ Human Rights Watch, “Grecia: Refugiados con discapacidad son ignorados y relegados”, 18 de enero de 2017. Puede consultarse en <https://www.hrw.org/es/news/2017/01/18/grecia-refugiados-con-discapacidad-son-ignorados-y-relegados>.

⁵⁶ M. Terheggen, M. Stroebe y R. Kleber, “Western conceptualizations and eastern experience: a cross-cultural study of traumatic stress reactions among Tibetan refugees in India”, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 14, núm. 2 (abril de 2001); Laurence Kirmayer, “Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care”, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 183, núm. 12 (septiembre de 2011).

inclusiva de las comunidades cuando se diseñan y se aplican las intervenciones. Es posible que los modelos biomédicos de atención y apoyo que suelen “exportarse” a otras regiones del mundo⁵⁷ no siempre sean adecuados para otros contextos. Es necesario hallar soluciones locales que estén basadas en datos empíricos y en los derechos humanos y garanticen que los servicios prestados sean aceptables.

60. En algunos contextos se ha documentado el fenómeno de la “xenofobia médica”, por el cual los trabajadores sanitarios participan en la denegación del acceso a los servicios a las personas en tránsito⁵⁸. La discriminación también puede tener el efecto de disuadir a las personas en tránsito de solicitar servicios de atención y apoyo a la salud mental cuando los necesiten, lo que da lugar a otras consecuencias adversas⁵⁹. Esta situación revela la necesidad de colaboración con todos los trabajadores en cuanto al derecho a la salud mental de todas las personas, incluidas las personas en tránsito. Los Estados deben actuar con iniciativa a la hora de tomar medidas que eliminen la discriminación en los entornos de atención y apoyo a la salud mental, entre otras cosas llevando a cabo actividades de capacitación y adoptando medidas en materia de políticas. La educación sobre los derechos humanos debe incorporarse en los programas de capacitación de todos los trabajadores que interactúan con las personas en tránsito. Hay organizaciones profesionales médicas, como la Asociación Médica Mundial⁶⁰ y la Asociación Mundial de Psiquiatría⁶¹, que están llevando a cabo una importante labor con el fin de afrontar la violencia y la discriminación estructurales⁶². Cabe acoger favorablemente y alentar estas iniciativas. Tampoco puede hacerse caso omiso de las fuerzas estructurales más amplias que generan actitudes discriminatorias, puesto que todos los trabajadores sanitarios también son personas que viven en comunidades⁶³.

Calidad

61. La calidad de los servicios de atención y apoyo a la salud mental es una condición necesaria para hacer realidad el derecho a la salud mental. Cuando dichos servicios se prestan a los migrantes, deben abarcar los ámbitos de prevención, promoción, tratamiento, recuperación y crecimiento. El uso excesivo de intervenciones biomédicas, como, entre otras, la utilización inadecuada o la

⁵⁷ Richard Bentall, “Western models for mental health: a cautionary note”, *Commonwealth Health Partnerships* 2014. Puede consultarse en <http://www.commonwealthhealth.org/wp-content/uploads/2014/05/5-Western-models-for-mental-health-bentall.pdf>.

⁵⁸ Orateng Lepodise, “Medical xenophobia: public hospitals deny migrants health care services — South African Human Rights Commission”, 29 de marzo de 2018. Puede consultarse en <https://www.dailymaverick.co.za/article/2018-03-29-medical-xenophobia-public-hospitals-deny-migrants-health-care-services-sahrc/#.WxFXCUgvzD6>.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ Asociación Médica Mundial, “Resolución de la AMM sobre los refugiados y los migrantes”. Puede consultarse en <https://www.wma.net/es/policies-post/resolucion-de-la-amm-sobre-los-refugiados-y-los-migrantes/>.

⁶¹ Asociación Mundial de Psiquiatría, “WPA position statement migrant crisis”, 2016. Puede consultarse en http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=1772.

⁶² Véase, por ejemplo, British Dental Association, “X-rays for young asylum seekers: inaccurate and unethical”, 23 de noviembre de 2015. Puede consultarse en <https://www.bda.org/news-centre/latest-news/articles/Pages/Xrays-for-young-asylum-seekers-inaccurate-and-unethical.aspx>; Colleen Kraft, “AAP statement opposing separation of children and parents at the border”, American Academy of Pediatrics, 8 de mayo de 2018. Puede consultarse en <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/StatementOpposingSeparationofChildrenandParents.aspx>; American College of Physicians, “Immigration position statement”, 30 de enero de 2017. Puede consultarse en https://www.acponline.org/acp_policy/policies/immigration_position_statement_2017.pdf.

⁶³ Seth M. Holmes y Philippe Bourgois, *Fresh Fruit, Broken Bodies: Migrant Farmworkers in the United States* (Berkeley, University of California Press, 2013).

prescripción excesiva de medicamentos psicotrópicos y el uso de la coacción y los ingresos forzados, compromete el derecho a unos servicios de atención y apoyo de calidad. No hay necesidad de medicalizar y tratar automáticamente como “enfermedades” biomédicas los factores estresantes a los que se enfrentan las personas en tránsito. Por el contrario, se necesita un planteamiento que reconozca el valor de todas las intervenciones, en particular las intervenciones no especializadas que favorecen la salud mental y están orientadas a lograr el bienestar.

62. En el proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud mental, se debe dar prioridad a la formación y la creación de capacidad sobre modelos de salud mental que no medicalicen la experiencia de la movilidad humana ni exageren las intervenciones biomédicas, sino que más bien reconozcan el valor de un enfoque basado en el desarrollo de las relaciones humanas. Asimismo, la creación de capacidad debe contemplar la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos e ir orientada a servicios de atención que resulten culturalmente adecuados y que sean conscientes de las circunstancias sociales, jurídicas, financieras y políticas de esas personas en tránsito.

63. Los servicios de atención y apoyo competentes desde el punto de vista cultural son un elemento esencial en la observancia del derecho a la salud mental. Esto implica velar por que las necesidades socioculturales específicas de las personas en tránsito sean atendidas en igualdad de condiciones con los demás cuando se utilice un servicio determinado, de manera que se consideren factores culturales concretos, como el idioma, el origen étnico y la religión. Incorporar a las personas en tránsito en el marco de apoyo a sus iguales es una de las formas de conseguir que los servicios de atención y apoyo sean más adecuados desde el punto de vista cultural. Se ha demostrado que formar y emplear a defensores de la salud mental, personas que prestan apoyo entre pares, voluntarios de divulgación comunitaria y mediadores culturales de las comunidades de refugiados, desplazados internos o migrantes resulta útil y es una práctica que debería reproducirse⁶⁴.

64. Los trabajadores sanitarios tienen el deber ético de prestar asistencia en todos los casos, pero con frecuencia se les pide que actúen como funcionarios de control de la inmigración cuando se trata de personas en tránsito⁶⁵. Los Estados deben reconocer que este desafío ético puede constituir un obstáculo importante para el ejercicio del derecho a la salud física y mental de las personas en tránsito y deben adoptar todas las medidas necesarias para que los trabajadores sanitarios, cuya obligación primordial es prestar servicio a quienes lo necesitan, no tengan que enfrentarse a este obstáculo.

V. Cuestiones de interés

65. En consonancia con el deseo permanente del Relator Especial de dar prioridad al desarrollo saludable de los niños y los jóvenes, se debe prestar especial atención al derecho a la salud mental de los niños y las familias en tránsito. Del mismo modo, el Relator Especial, en su informe más reciente sobre la privación de libertad, pone de

⁶⁴ Mind, *Improving Mental Health Support for Refugee Communities: An Advocacy Approach* (Londres, 2009). Puede consultarse en https://www.mind.org.uk/media/192447/Refugee_Report_1.pdf; Kieft y otros, “Paraprofessional counselling within asylum seekers’ groups in the Netherlands” (véase la nota de pie de página 39); Quosh, “Takamol” (véase la nota de pie de página 39); P. Ventevogel, “Capitalization: psychosocial services and training institute in Cairo” (inédito).

⁶⁵ D. Biswas y otros, “Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands”, *Health and Human Rights*, vol. 14, núm. 2 (diciembre de 2012).

relieve la gran repercusión que esta tiene en la salud mental y manifiesta su preocupación en lo que atañe a la protección del derecho a la salud mental en los sistemas de reclusión punitiva. Dado que la detención de inmigrantes es una estrategia que se usa por defecto en muchas partes del mundo para regular la movilidad humana, en el presente informe se examina esta cuestión desde la perspectiva del derecho a la salud mental.

A. Niños y familias

66. El sistema familiar es uno de los fundamentos esenciales de la salud mental y el bienestar, sobre todo en el caso de los niños y los adolescentes, y ha sido un elemento decisivo del desarrollo histórico de las políticas y las leyes de inmigración en todo el mundo⁶⁶. Esta circunstancia refleja el valor universal y compartido de la unidad familiar, independientemente de las diferencias ideológicas, geográficas y culturales⁶⁷. El debilitamiento de la unidad familiar en el contexto de la movilidad humana y sus efectos nocivos para la salud mental y el bienestar de los niños y los adolescentes en tránsito constituye una violación de derechos y plantea un reto cuya repercusión podría durar años o incluso generaciones.

67. Como destacaba el Relator Especial en sus informes anteriores, los principales factores de apoyo que pueden ayudar en la observancia del derecho a la salud mental incluyen un entorno familiar estable y la participación en una comunidad que incluya sólidas relaciones entre pares⁶⁸. Los entornos donde los niños y adolescentes pueden prosperar, donde se atienden sus necesidades de seguridad y no violencia⁶⁹, donde se pueden formar relaciones saludables⁷⁰ y donde se garantiza el acceso a una educación de calidad⁷¹ pueden mejorar considerablemente la salud mental y el bienestar de todos los niños y jóvenes. Es preciso que los Estados adopten todas las medidas necesarias para poner esos entornos a disposición de todos los niños y adolescentes, en especial de aquellos en tránsito.

68. El Relator Especial ha destacado la obligación de los Estados de ofrecer unos servicios de atención y apoyo a la salud mental que sean de calidad, aceptables, accesibles y asequibles para todos los niños y adolescentes. También ha señalado que, a pesar de esas obligaciones, existe una preocupante falta de reconocimiento de la naturaleza y la magnitud de las necesidades de salud mental y bienestar de los jóvenes⁷². A nivel mundial, los servicios de atención y apoyo a la salud mental no disponen de suficiente capacidad para cubrir las necesidades⁷³, y el uso excesivo de atención institucional e intervenciones biomédicas que se pone de manifiesto en los sistemas de atención a la salud mental también es evidente en la esfera de atención y apoyo a la salud mental de los niños y los adolescentes⁷⁴. Todos los niños y

⁶⁶ Stephen Legomsky, "Immigration, equality and diversity", *Columbia Journal of Transnational Law*, vol. 31, núm. 2 (1993).

⁶⁷ M. Hirschfield y D. Wikler, "An Ethics Perspective on Family Caregiving Worldwide: Justice and Society's Obligations", *Generations*, núm. 4, vol. 27.

⁶⁸ [A/HRC/29/33](#), [A/HRC/32/32](#) y [A/HRC/35/21](#).

⁶⁹ Mina Fazel y otros, "Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9812 (enero de 2012).

⁷⁰ Bonnie Benard, *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community* (Washington D.C., Department of Education, 1991).

⁷¹ M. Atkins y otros, "Toward the integration of education and mental health in schools", *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 37, núms. 1 y 2 (marzo de 2010).

⁷² Véase [A/HRC/32/32](#), párr. 71.

⁷³ Panos Vostanis, "Global child mental health: emerging challenges and opportunities", *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 22, núm. 4 (2017).

⁷⁴ Véase [A/HRC/32/32](#), párr. 15.

adolescentes, incluidos los que están en tránsito, poseen el derecho inalienable a la salud mental por cuya observancia deben velar los Estados, entre otras cosas mediante la ampliación de los servicios de atención y apoyo que se adhieran a un enfoque basado en los derechos y que tengan en cuenta los factores determinantes de índole social, cultural, económica, jurídica y política de la salud mental y el bienestar.

69. La Convención sobre los Derechos del Niño establece el principio primordial del interés superior del niño en todos los asuntos que le conciernen. Esta norma se aplica a todos los niños y adolescentes en tránsito. A pesar de ello, se han documentado violaciones de los derechos de los niños en tránsito a la educación⁷⁵, la protección social⁷⁶, la salud⁷⁷, la seguridad⁷⁸, el acceso a la justicia⁷⁹, la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes⁸⁰ y la no discriminación⁸¹, y todas ellas pueden tener importantes consecuencias para su salud mental y bienestar. El Relator Especial exhorta a los Estados a que armonicen sin demora con la Convención todas las leyes, políticas y protocolos oficiales sobre la migración y el desplazamiento.

70. Las iniciativas encaminadas a la reunificación familiar pueden tener importantes consecuencias positivas para la salud mental de los niños y adolescentes en tránsito. Sin embargo, se ha documentado la confusión deliberada que existe en torno a las políticas que respaldan la reunificación familiar. Esto contraviene el interés superior del niño, vulnera los derechos del niño a la unidad familiar y a la salud física y mental y pone en peligro no solo el desarrollo pleno y armonioso de los niños, sino también su bienestar mental y sus posibilidades de desarrollo psicológico y cognitivo. Las leyes y políticas que institucionalizan la separación de los niños en tránsito de sus familias contribuyen en gran medida a resultados adversos en materia de salud mental y deben derogarse sin demora.

71. Es posible que los niños y los adolescentes en situación migratoria irregular también corran el riesgo de sufrir consecuencias perjudiciales de salud mental. Los Estados deben ser conscientes de las considerables dificultades psicológicas que afectan a los niños y los adolescentes que se enfrentan a la deportación, ya sea de ellos mismos o de algún familiar⁸². La norma del interés superior del niño debe ser la consideración primordial cuando se han de tomar decisiones respecto a situaciones de este tipo, sobre todo en lo que se refiere a políticas y legislación.

⁷⁵ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “Refugee and migrant children stuck in Greece face double crisis”, comunicado de prensa, 26 de agosto de 2016. Puede consultarse en https://www.unicef.org/media/media_92675.html.

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ Human Rights Watch, “Jordan: step forward, step back for urban refugees: they get legal status, but lose health subsidies”, 29 de marzo de 2018 (actualizado). Puede consultarse en <https://www.hrw.org/news/2018/03/25/jordan-step-forward-step-back-urban-refugees>; Erica Moretti, “How to help Syria’s refugee children”, *Washington Post*, 8 de marzo de 2018. Puede consultarse en https://www.washingtonpost.com/news/made-by-history/wp/2018/03/08/how-to-help-syrias-refugee-children/?utm_term=.0e0b84fedb88.

⁷⁸ Atika Shubert, Bharati Naik y Bryony Jones, “Refugee life, as seen by children fleeing war”, CNN, 20 de junio de 2016. Puede consultarse en <https://www.cnn.com/2016/06/20/europe/child-refugees-greece/index.html>.

⁷⁹ Consejo Europeo sobre Refugiados y Exiliados, *Right to justice: quality legal assistance for unaccompanied children — Comparative report* (2014).

⁸⁰ Harriet Grant, “Home Office faces court action over asylum children”, *The Guardian*, 24 de abril de 2018.

⁸¹ Zeynep Doğusan, “Refugee children discriminated against in Germany, UNICEF says”, *Daily Sabah Europe*, 10 de septiembre de 2014.

⁸² Medical Xpress, “Ending DACA could have dire public health consequences”, 15 de septiembre de 2017. Puede consultarse en <https://medicalxpress.com/news/2017-09-daca-dire-health-consequences.html>.

72. Las intervenciones durante la primera infancia, en especial la programación dedicada al desarrollo del niño en ese período, deben ser accesibles para los niños en tránsito en igualdad de condiciones con los demás niños. No conviene subestimar la importancia de la programación sobre el desarrollo del niño en la primera infancia, dado que los recién nacidos y los niños de corta edad cuentan con un gran potencial de adaptabilidad y con capacidad para recuperarse tras sufrir graves factores estresantes cuando se presta el apoyo necesario. Del mismo modo, favorecer que exista un entorno escolar seguro y comprensivo es una condición previa de suma importancia para la salud mental positiva. Con demasiada frecuencia, los niños sufren aislamiento, acoso o castigo a causa de su estatus migratorio.

B. Detención

73. El Relator Especial, en su informe sobre la privación de la libertad y el derecho a la salud, señala que la detención de inmigrantes es cada vez más habitual y acarrea graves consecuencias para la salud mental y el bienestar de las personas en tránsito⁸³. En numerosos casos, la detención de inmigrantes se lleva a cabo sin las debidas garantías procesales.

74. Según se ha demostrado en investigaciones, la detención de personas en tránsito en condiciones inhumanas puede tener consecuencias adversas en cuanto a la salud mental⁸⁴. La detención de inmigrantes también puede agravar los problemas de salud mental ya existentes. Además, los problemas de salud mental que afectan a las personas en tránsito durante el proceso de detención persisten después de la detención y pueden tener efectos adversos en su calidad de vida⁸⁵. De los datos también se deduce claramente que la detención como forma de disuasión resulta ineficaz.

75. El Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria ha declarado que la detención de inmigrantes debería ir suprimiéndose poco a poco⁸⁶. El Relator Especial, haciéndose eco de esa declaración y las directrices pertinentes de las Naciones Unidas⁸⁷, recomienda que los Estados establezcan en la legislación una presunción contra la detención de inmigrantes, trabajen progresivamente para poner fin a todas las formas de detención de inmigrantes y den prioridad a la aplicación de alternativas a la detención que no sean privativas de libertad y que estén basadas en la comunidad.

76. La detención arbitraria de personas con discapacidad intelectual, cognitiva y psicosocial también se produce en el contexto de la migración y el desplazamiento. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad prohíbe por completo la privación de la libertad por motivos de discapacidad. Esa práctica vulnera los derechos a la libertad personal y a la seguridad⁸⁸ y puede constituir una violación del derecho a una vida libre de tortura y malos tratos⁸⁹. Asimismo, entra en conflicto con el derecho a la salud mental.

⁸³ Véase [A/HRC/38/36](#), párr. 14.

⁸⁴ Katy Robjant, Rita Hassan y Cornelius Katona, "Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review", *British Journal of Psychiatry*, vol. 194, núm. 4 (abril de 2009).

⁸⁵ G. Coffey y otros, "The meaning and mental health consequences of long-term immigration detention for people seeking asylum", *Social Science and Medicine*, vol. 70, núm. 12 (junio de 2010).

⁸⁶ Véase [A/HRC/13/30](#), párr. 58.

⁸⁷ ACNUDH, *Principios y directrices recomendados sobre los derechos humanos en las fronteras internacionales* (Ginebra). Puede consultarse en https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/OHCHR_Recommended_Principles_Guidelines_SP.pdf.

⁸⁸ Véase la observación general núm. 35, del Comité de Derechos Humanos relativa a la libertad y la seguridad personales, párr. 3.

⁸⁹ Véase [A/63/175](#), párrs. 47 y 65.

VI. Conclusiones y recomendaciones

77. El presente informe ofrece la oportunidad de abordar, de manera integrada, dos cuestiones principales de los tiempos modernos: la circulación sin precedentes de personas que se han visto abocadas a un desplazamiento forzado en los últimos decenios y el reciente reconocimiento de la salud mental como prioridad mundial.

78. En estas cuestiones se observan diversos denominadores comunes, y la lección primera y más importante que presentan es la necesidad de afrontar y abandonar las políticas y prácticas discriminatorias que son impulsadas por las actitudes negativas y el discurso hostil contra las personas en tránsito. El clima de miedo e intolerancia que surge de estas actitudes y de este discurso no solo perjudica a la salud mental y el bienestar de las personas en tránsito, sino que también pone en peligro el desarrollo de entornos propicios y, por tanto, puede ser perjudicial para la salud mental y el bienestar de la población en general. Esto incluye a los niños y los adultos de las sociedades de acogida, en particular los trabajadores sanitarios que viven allí y que tal vez acaben reproduciendo las prácticas discriminatorias.

79. Las acciones y las palabras xenófobas de las personas que ocupan puestos de autoridad política repercuten negativamente en el derecho a la salud mental. Ayudan a crear entornos hostiles a nivel emocional y psicosocial y erosionan la calidad de las relaciones humanas, lo que ocasiona desconfianza, falta de respeto e intolerancia en la vida de la sociedad.

80. El objetivo crucial y definitivo de los Estados y las partes interesadas debe ser detener estas tendencias y crear comunidades fuertes que se caractericen por relaciones humanas de buena calidad. De poco sirve aplicar medidas concretas si no se crean ni se respaldan unos entornos que propicien la observancia de los derechos de todas las personas, incluidos los derechos de las personas en tránsito y el derecho de todos a la salud.

81. En el año en que conmemoramos el 70º aniversario de la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se recuerda a los Estados y las partes interesadas que las violaciones del derecho a la salud mental pueden derivarse de las palabras y las acciones, en particular las de los funcionarios públicos. Se tiene que poner freno al discurso y las acciones de carácter xenófobo.

82. Las buenas prácticas que se han indicado en el informe podrían reproducirse. El Relator Especial expresa su agradecimiento a los Estados, agentes de la sociedad civil, trabajadores sanitarios y demás partes interesadas que se han esforzado por proteger y promover los derechos de las personas en tránsito y hacer realidad su derecho a la salud mental.

83. A fin de hacer frente de manera integral a las cuestiones examinadas en el informe, el Relator Especial recomienda que los Estados:

a) Tomen medidas inmediatas para derogar las leyes y las políticas que penalizan la migración irregular o que, basándose en el estatus migratorio, dificultan que las personas en tránsito puedan participar o desarrollar relaciones prósperas en sus comunidades de acogida, trabajar, recibir educación o tener acceso a los servicios, incluidos los de atención y apoyo a la salud mental;

b) Prohíban de inmediato y eliminen sin demora la detención de menores y otras prácticas que no responden al interés superior del niño, en particular la detención y la separación de familias y la confusión en torno a la reunificación familiar;

c) Prohíban lo antes posible la detención de inmigrantes con discapacidad psicosocial, cognitiva o intelectual y velen por que las decisiones relativas a la entrada, la permanencia, la naturalización y la expulsión de personas en tránsito no se basen exclusivamente en el estado de salud, en especial el estado de salud mental;

d) Trabajen progresivamente con miras a poner fin a todas las formas de detención de inmigrantes y, en las circunstancias excepcionales en que se recurra a ella, procuren que se apliquen las debidas garantías procesales en su totalidad y que la detención de inmigrantes sea supervisada por mecanismos independientes para impedir la tortura, los malos tratos y la violencia, así como interferencias conexas en el ejercicio del derecho a la salud física y mental;

e) Velen por que los migrantes detenidos permanezcan recluidos en condiciones acordes con las normas de salud y tengan acceso a servicios sanitarios esenciales, incluidos los servicios de atención y apoyo a la salud mental;

f) Establezcan una separación vinculante y eficaz entre los proveedores de servicios y las autoridades de control de la inmigración, a fin de que no se lleven a cabo operaciones coercitivas en las instalaciones de atención y apoyo a la salud mental ni en sus proximidades;

g) Implanten para las personas en tránsito unos servicios directos de atención y apoyo a la salud mental que estén basados en los derechos y que cumplan los siguientes requisitos: responder a sus necesidades de seguridad, participación comunitaria y medios de subsistencia; reconocer que las intervenciones deben guiarse por los aspectos sociales, culturales, económicos, políticos y jurídicos que determinan la salud mental y el bienestar; atender las necesidades culturales, religiosas y lingüísticas de los usuarios; y adaptarse a su contexto;

h) Establezcan procedimientos específicos de control y evaluación para las personas en tránsito, con el fin de distinguir a los supervivientes de la violencia sexual y de género y la tortura, las personas con discapacidad intelectual, cognitiva y psicosocial y otras personas en tránsito con necesidades de salud mental y bienestar;

i) Garanticen la sostenibilidad y la no discriminación de las intervenciones de atención y apoyo a la salud mental de todas las personas, incluidas las personas en tránsito, remitiendo con eficacia a estas últimas a los servicios oportunos e incorporando en general sus necesidades a los actuales sistemas de salud mental;

j) Incluyan la educación sobre los derechos humanos, en particular sobre el derecho a la salud mental y los derechos de las personas en tránsito, en la formación de todos los trabajadores de primera línea que interactúen con ellas, incluidos todos los trabajadores sanitarios;

k) Velen por que los profesionales sanitarios especializados colaboren con los trabajadores sanitarios comunitarios, los profesionales de los servicios sociales y los asistentes de apoyo entre pares en las cuestiones relativas a la atención y el apoyo a la salud mental para todas las personas, incluidas las personas en tránsito;

l) Fomenten la cooperación entre los agentes humanitarios y de desarrollo en el ámbito de la salud mental y se abstengan de crear sistemas paralelos de atención sanitaria;

m) Tomen medidas para invertir la tendencia a depender de la institucionalización, la medicalización excesiva u otras formas de intervenciones de salud mental que vulneran los derechos humanos;

n) Otorguen prioridad a la financiación de la salud mental en los presupuestos nacionales;

o) Creen mecanismos adecuados de rendición de cuentas, en especial la supervisión de los servicios de atención y apoyo a la salud mental y los centros de detención, a fin de que las personas en tránsito tengan acceso a medidas de reparación cuando sea necesario.

84. El Relator Especial insta a todas las partes interesadas, entre ellas las organizaciones de la sociedad civil, los trabajadores sanitarios, los círculos académicos, la comunidad internacional y los donantes, que colaboran con las respuestas políticas, humanitarias y de salud pública dirigidas a las personas en tránsito, a tomar las siguientes medidas:

a) Dar prioridad a la financiación de la salud mental en el ámbito del desarrollo internacional y la asistencia humanitaria;

b) Aumentar los recursos, la formación y la creación de capacidad en la esfera de la salud mental y los servicios de apoyo para todas las personas, incluidas las personas en tránsito;

c) Fomentar sociedades inclusivas que reconozcan la diversidad humana y la contribución de todas las personas a las comunidades en las que viven;

d) Avanzar hacia modelos más integrales de recuperación colectiva para las comunidades, con especial atención a los principales factores determinantes de la salud mental, en particular las relaciones comunitarias saludables y la inclusión;

e) Trabajar en pro de unos servicios de atención y apoyo a la salud mental que estén basados en la comunidad e integrados por una combinación de proveedores y se centren en diversos aspectos del bienestar, entre ellos el bienestar psicológico, social, médico, jurídico, económico y espiritual;

f) Colaborar con el personal de atención y apoyo a la salud mental y los trabajadores de primera línea que interactúan con las personas en tránsito para crear conciencia sobre su derecho a la salud mental y combatir el problema de la discriminación en el ámbito de los servicios.
