

¿Es la prevención del suicidio un imperativo global?

Autora: Sonsoles Rivera Pascual
Universidad de Valladolid

Tutor: Paulino César Pardo Prieto
Área de Derecho Eclesiástico del Estado
Universidad de León
Curso 2022-23

Máster en Cooperación Internacional para el Desarrollo



RESUMEN:

El suicidio es considerado un problema de salud pública desde hace años, con consecuencias devastadoras para las personas, sus seres queridos y la sociedad. Desde 2014, existen directrices internacionales de prevención, lanzadas por la agencia sanitaria especializada de las Naciones Unidas. Desde la crisis desatada por el COVID19 en 2020, las urgencias hospitalarias por conductas suicidas en poblaciones vulnerables han aumentado, lo que supone un reto para las familias y los profesionales. Aunque existen iniciativas dispersas de prevención del suicidio, debería ser una prioridad para el Estado proteger a las personas de sufrir violencia y destrucción contra sí mismas y ofrecer respuesta a los casos de suicidio y al aumento de conductas suicidas, especialmente entre los jóvenes. Es prioridad del Estado **garantizar las preferencias del individuo**, no solo para el desarrollo de la identidad, sino para convertirse en la versión magnánima de uno mismo. El presente trabajo manifiesta la necesidad de la prevención del suicidio (OMS, 2014) y su incardinación en las políticas de desarrollo (PAHO/WHO, 2023).

ABSTRACT:

Suicide has been considered a public health problem for years, with devastating consequences for individuals, their loved ones and society. Since 2014, international prevention guidelines have been in place, launched by the United Nations specialised health agency. Since the crisis unleashed by COVID19 in 2020, hospital emergencies for suicidal behaviour in vulnerable populations have increased, posing a challenge for families and professionals. Although there are scattered suicide prevention initiatives, it should be a priority for the State to protect people from suffering violence and destruction against themselves and to respond to cases of suicide and the increase in suicidal behaviour, especially among young people. It is a priority of the state to **guarantee the preferences of the individual**, not only for the development of identity, but to become the magnanimous version of oneself. The present work manifests the need for suicide prevention (WHO, 2014) and its embedding in development policies (PAHO/WHO, 2023).

PALABRAS CLAVE:

Prevención del suicidio, Derechos Humanos, Gestión del riesgo moral, Igualdad, Inclusión.

KEYWORDS:

Suicide prevention, Human Rights, Moral risk management, Equality, Inclusion.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	5
A. JUSTIFICACIÓN.....	5
B. OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	5
C. METODOLOGÍA	8
D. ESTRUCTURA DEL TRABAJO.	9
1. SUICIDIO. RELACIÓN INTRÍNSECA CON LOS DERECHOS HUMANOS.....	10
1.1. Pasado histórico, abordaje biomédico actual y perspectiva contextual-existencial.....	10
1.2. Características, proceso y dimensiones de la conducta suicida.....	10
1.2.1. Características.....	11
1.2.2. Proceso y dimensiones de la conducta suicida.....	11
1.3. Que sea una decisión voluntaria no significa que sea libre.	13
1.3.1. Informes de la OMS. Proyecto SUPRE.	13
1.3.2. Prevención del suicidio y cooperación internacional: Antón Leis.....	15
2. LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS A LA VIDA Y A LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO POR LOS ESTADOS.....	17
2.1. Un compromiso asumido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	17
2.2 El deber del Estado de proteger la vida en el Derecho Internacional.....	21
2.3. Los Derechos Humanos son el fundamento del derecho a la vida y a la salud.....	23
3. EL DEBER DEL ESTADO DE PROTEGER LA VIDA EN EL CONTEXTO NORMATIVO ESPAÑOL.....	26
4. FUENTES EXPERTAS. DISTINTOS ENFOQUES.....	30
4.1. Revisión documental de fuentes expertas.....	31
4.2. Enfoque de Sr. Puras, Alto Comisionado ONU para los Derechos Humanos.....	33
4.3. Elementos del derecho a la salud.	40
4.4. Localizar la prevención del suicidio.....	41
5. CONCLUSIONES.....	43
6. BIBLIOGRAFÍA.	46
7. ANEXOS.....	51
Contenido en Jornada del día mundial de la salud mental 2022 "Hacer de la salud mental y el bienestar de todos una prioridad mundial" (Ministerio de Sanidad, 2022).....	51

INTRODUCCIÓN

A. JUSTIFICACIÓN

La necesidad de la prevención del suicidio deriva de la importancia de la vida de cada persona, sin ningún tipo de discriminación. Su incardinación en las políticas de desarrollo es básica, si la persona no está por encima de todo, no se hace cooperación al desarrollo. Se hace colusión. Mejorar y conservar la vida de las personas es el centro de las políticas de desarrollo. Tener adecuados recursos para que las personas puedan combatir con las contrariedades de las diferentes etapas de la vida, es un punto de partida básico de prevención y promoción de la salud humana integral. La prevención del suicidio es aplicable y necesaria para todos los países, aunque deba hacerse una **adaptación de contenidos** a las idiosincrasias del lugar. La pregunta inicial, se quiere contrastar con la hipótesis: **los Estados tienen obligación de prevenir el suicidio**, porque prevenir el suicidio pasa por facilitar vidas vivibles y todo parece indicar, que muchas personas no tienen capacidad para soportar su vida. Todos los aspectos del desarrollo, están condicionados por la salud humana y sus determinantes, las personas sanas pueden llegar a un más alto nivel de desarrollo.

La pregunta de origen de este trabajo, está afectada por el desconocido dolor que provoca la conducta suicida en los seres humanos y la posibilidad de unir esfuerzos para solucionarlo: **¿Es la prevención del suicidio un imperativo global?** En España, hace pocos años que se ha comenzado a hablar adecuadamente y en público del suicidio; en otros países hay mayor prohibición de declararlo y sigue considerándose un delito. El silencio y la ignorancia continúan dominando el ámbito de las políticas y de la mayoría de los medios de comunicación. El suicidio es una lacra, que podemos prevenir. En España hoy, no existen recursos adecuados de ayuda para la avalancha de urgencias por conductas suicidas en jóvenes, los progenitores no lo entienden y para los profesionales es complejo comprenderlo; sin olvidar el suicidio en otros colectivos, que son menos explorados.

B. OBJETIVOS DEL TRABAJO

El suicidio es un problema de salud pública veterano y poco visibilizado por los diferentes estigmas negativos que arrastra, **también entre los profesionales involucrados**. Se ha silenciado porque resulta incomprensible para quienes lo vemos desde otro plano. Se silencia el dolor y la distorsión que deja a quienes han perdido a un ser querido por suicidio, principalmente porque ese dolor impregna y resulta desagradable. Los medios de

comunicación, también han liderado este silencio acogiéndose al efecto de imitación, por lo que no se ha podido trabajar positivamente en el ámbito socio-cultural para la prevención universal.

El objetivo general de este trabajo es manifestar la **responsabilidad del Estado** en la conservación de la vida, como agente que detenta el poder de la información, la administración de recursos y la decisión en su distribución. El Estado tiene obligación de cumplir los derechos humanos, los compromisos contraídos con los ciudadanos y los contraídos, mediante la firma de pactos, en el ámbito internacional. El Estado está al servicio de los ciudadanos y no al contrario.

El Estado tiene obligación de analizar el **riesgo moral** de sus actuaciones y prevenir daños a terceras personas, que no tienen la facultad de elegirlos y confían en la buena gestión de los gobernantes. El factor tiempo es clave para la sostenibilidad, también las acciones formativas y las campañas de sensibilización (Gonzalo Camarero, José Felix, 2022).

El objetivo específico es, señalar algunos **obstáculos que afectan directamente a la coherencia de políticas públicas**. El suicidio es un problema antiguo y reporta años de abandono, lo que ha supuesto miles de vidas perdidas. El suicidio es una estadística negativa y, a menudo, se trata de ocultar con diferentes tácticas. Hoy en día perduran los mitos que le envuelven en el estigma entre profesionales implicados para su tratamiento¹.

Imagen 1. Panel de control del ODS3, *The Sustainable Development Report 2023*



Ilustración 1 Fuente <https://dashboards.sdindex.org/map/goals/SDG3>

¹ Análisis del silencio en la generación y transferencia de conocimientos sobre suicidio <https://papageno.es/wp-content/uploads/2019/06/Rivera-Pascual-Sonsoles-trabajo-transmisio%CC%81n-silencio-en-suicidios.pdf>

En el reciente informe *The Sustainable Development Report 2023*², para implementar el estímulo de los ODS, no aparecen las tasas de suicidio.

En el caso español, **no está reflejada la prevención del suicidio en las prioridades del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030**. Igualmente en el portal de la Agencia Española de Cooperación al Desarrollo (AECID), para el ODS3, **las tasas de suicidio no aparecen**, son disimuladas en el grupo de las enfermedades no transmisibles. Incluso se han enmascarado en los códigos para recursos humanitarios y de desarrollo que fluyen, en forma de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) hacia los países: *Creditor Reporting System* (CRS), que muestra los listados sin desplegar esta posible acción y solo se menciona el ODS3 como recurso para salud mental, con la supresión de cualquier alusión a la prevención e investigación del suicidio.

Tras los intentos de formalizar planes de prevención del suicidio eficaz, se concluye que entre la clase dirigente no hay conciencia ni voluntad para la acción. El 19 de octubre de 2022, en el Senado de España se rechaza la creación de un Plan de Prevención del Suicidio³. Por desconocimiento o negación del sufrimiento de la población. Una portavoz en el hemiciclo dijo “las competencias de Sanidad están transferidas a las comunidades autónomas”, y apeló a la libertad y autodeterminismo de la persona a suicidarse, lo que denota una gran falta de conocimiento de este tipo de muerte.

Al ser un problema de salud pública multidimensional es determinante su articulación en todos los ministerios del gobierno, como en el caso que se menciona más adelante del II Plan de Derechos Humanos y no solo desde el Ministerio de Sanidad. Ampliar la participación de agentes clave, coincide con la aplicación de la coherencia en políticas públicas. Se hicieron promesas, pero los recursos aparecen con cuenta-gotas, como en el caso del teléfono nacional de atención a la conducta suicida 024 (Córdoba Santos, Guillermo, 2023).

² The Sustainable Development Report 2023 https://dashboards-sdgindex.org.translate.google/?x_tr_sl=auto&x_tr_tl=en&x_tr_hl=auto&x_tr_hist=true

³ El Pleno del Senado rechaza la moción del senador del Grupo Parlamentario Mixto, Alberto Catalán por la que se insta al Gobierno al desarrollo de un plan nacional y programas autonómicos de prevención del suicidio. <https://twitter.com/Senadoesp/status/1582763730583986177> [Moción del Grupo Parlamentario Mixto, por la que se insta al Gobierno al desarrollo de un plan nacional de prevención contra el suicidio y por la que el Senado considera necesario que las Comunidades Autónomas cuenten con planes o programas en esta materia (662/000138), Boletín Oficial de las Cortes Generales (Senado), XIV Legislatura, núm. 402, 25 de octubre de 2022 págs. 17-18].

Imagen 2: Portada “Prevención del suicidio, un imperativo global” (OMS 2014).

Ilustración 2 Fuente

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

C. METODOLOGÍA

Para conocer el estado de la cuestión realizo desde el año 2018 revisión documental, primero para hacer mi trabajo de investigación del Grado en Periodismo, defendido en 2020. El silencio que opera en la transferencia de conocimientos sobre suicidio en los medios de comunicación, es el punto de partida. La documentación de la prevención del suicidio se renueva con asiduidad, por ser considerado el suicidio una desproporcionada resolución ante los problemas. El trabajo defendido de periodismo es una invitación a descubrir el efecto preventivo “Papageno”, como contraposición al manido efecto de imitación “Werther”. Para facilitar su lectura, se publica con formato de revista, con ideas para ampliar temas de las publicaciones para abordar el suicidio, testimonios y recursos de ayuda⁴. En 2019 entré a formar parte de la Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio Papageno⁵ y por ello, estoy informada en aspectos de la prevención del suicidio.

⁴ Suicidio ¿Y tú qué sabes!? Porqué, Quién, Cuándo. Dónde y Cómo. Intervenir con responsabilidad puede salvar vidas. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/45192>

⁵ Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio Papageno <https://papageno.es/>

Desde 2020 me interesa visibilizar la prevención del suicidio en el ámbito de la cooperación internacional al desarrollo, tras cursar las asignaturas del máster de cooperación, decidí defender la prevención del suicidio desde la visión de la dignidad de la persona y seleccioné el enfoque de derechos humanos, que se adapta a todos los países con independencia de su desarrollo económico. En cuanto al desarrollo económico se da una paradoja, la mayor parte de los suicidios suceden en los países menos desarrollados, pero las tasas más altas se dan en los países considerados más desarrollados, por lo que es un objetivo disminuir los suicidios entre poblaciones con mejores rentas a los que les falla el verdadero desarrollo humano.

Una vez conocido el campo y seleccionado el enfoque del trabajo, se formula una pregunta y una hipótesis de partida. Se muestra la realidad desde el enfoque de derechos humanos, como ámbito prioritario del desarrollo de la vida humana y ámbito básico de la cooperación al desarrollo. Se completa y ordena el marco conceptual al inicio del trabajo; después se exponen las formulaciones de los organismos más relevantes en derechos humanos y se añaden comentarios de recomendaciones para cambiar algunas prácticas que no están en sintonía con los derechos humanos. Se empieza por los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que están basados en derechos recogidos en diferentes pactos internacionales. Para concretar se presenta el contexto español y algunas de sus normas sobre derechos humanos. Se aportan fuentes con diversos enfoques, que exponen algunos serios problemas estructurales que llevan a la población a generar problemas mentales y tener conductas suicidas. Para llegar a las conclusiones, se contrasta la doctrina de las normas jurídicas internacionales y nacionales, lo que recomiendan los expertos y la aplicación de todo ello. Y se concluye la necesidad y responsabilidad de la prevención del suicidio, por parte de las autoridades estatales.

D. ESTRUCTURA DEL TRABAJO.

Primeramente se expone la presentación del problema, con algunas de sus características. A continuación se acude a las fuentes que permitirán obtener la respuesta a la pregunta, como titulares de obligaciones y responsabilidades, los Estados tienen obligación jurídica de prevenir el suicidio. Introducimos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que están vinculados a tratados internacionales y tienen un carácter integrador e indivisible, como las esferas humanas vitales. Para desarrollar la contestación de responsabilidad estatal, se hace alusión al derecho internacional y al derecho español. Un extenso capítulo de opiniones cualificadas, refrendan la necesidad expuesta y algunas malas prácticas llevadas a cabo, que se deben reconducir. Se anexa detalle sobre actuación de buenas prácticas "Implemental".

1. SUICIDIO. RELACIÓN INTRÍNSECA CON LOS DERECHOS HUMANOS

1.1. Pasado histórico, abordaje biomédico actual y perspectiva contextual-existencial

La historiografía de la muerte voluntaria arranca desde que el hombre es consciente del yo. En la Grecia antigua (800 años antes de Cristo) se cortaba la mano derecha a la persona que sobrevivía al suicidio y perdía muchos derechos, en castigo por la concepción cultural de que quien se suicida contribuye negativamente a la comunidad⁶. Los romanos, desde el siglo IV, castigaron al suicida y su familia, por influencias del cristianismo que lo considera un pecado similar al homicidio. En el Catecismo de la Iglesia Católica de 2016, queda recogida la actual doctrina en los números 2280, 2281, 2282 y 2325⁷. En el siglo XVIII deja de considerarse pecado y comienza a asociarse a la locura; transita hacia el extendido modelo biomédico, que utiliza los fármacos para contener las conductas inconvenientes mediante químicos y últimamente se organiza la legalización de alucinógenos⁸ en los sistemas de salud. Émile Durkheim, en su libro “El suicidio”, introduce la perspectiva social.

En la actualidad se considera el carácter multidimensional del suicidio y toma importancia la perspectiva contextual-existencial (Al-Halabí, Susana, 2022), (Al-Halabí, Susana & Fonseca-Pedrero, Eduardo, 2023), donde lo contextual es antagonista de lo individual y los determinantes culturales, vitales, sociales, pueden establecer los factores de riesgo.

1.2. Características, proceso y dimensiones de la conducta suicida

Más de 700 000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo. Es una causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. La realidad del suicidio y su importancia se muestran en los datos, en el caso de España, se estima que mueren 11 personas por suicidio al día. Personas que perdieron a su familiar por suicidio, han contado que nunca pensaron que les iba a ocurrir a ellas y sienten culpa, por no haber sabido sospechar en su familiar que tenía ideas suicidas. La evolución de la preocupación por el suicidio en las instituciones, es manifiesta en la revisión documental de comunicaciones.

⁶ Multidimensionalidad del suicidio con Miguel Guerrero <https://www.youtube.com/watch?v=D-uwv0dINAs>

⁷ Catecismo de la Iglesia Católica. https://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html

⁸ Australia legaliza los psicodélicos para la salud mental <https://www.bbc.com/news/world-australia-66072427>

1.2.1 Características

Mesones Peral identifica algunas características comunes en todo acto suicida (Gómez et al., 2021). La inducción al suicidio se origina y mantiene por un **insoportable dolor psicológico**. Una de las primeras opciones clínicas es reducir el sufrimiento, de forma que la persona, al menos aplase el suicidio. Un precipitante común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas. El suicidio parece la solución lógica para el individuo, no es un acto realizado de forma imprevista, es realizado con sentido y propósito. La acción común en personas que se suicidan es tomar la “última salida” para escapar de situaciones vitales tensionantes.

Una meta común en el suicidio es desactivar la conciencia, para saltar del problema y del dolor vital insoportable. La mente atormentada de una persona suicida, **interpreta el final de la conciencia, como el final del sufrimiento**. En el desamparo, se llega a la desesperanza; en los estudios sobre el suicidio se distinguen emociones intensas de vergüenza, culpa, dependencia frustrante, y subyacentes a ellas los sentimientos de impotencia. La persona afectada tiene una actitud de ambivalencia. La persona siente tanto que quiere morir como que quiere vivir (que la rescaten), **casi nadie quiere morir, sino dejar de sufrir**. El estado cognitivo en el suicidio es el encogimiento psicológico de sentimientos y pensamientos, también llamado “visión en túnel”. La persona tiene limitada su capacidad de atención hacia las opciones, solo tiene enfoque hacia la amenaza y el problema; **sólo identifica dos opciones: seguir sufriendo o morir**.

Por la citada ambivalencia, el individuo suele dar pistas sobre lo que está tramando. El **reconocimiento de esas claves** es indispensable en la prevención del suicidio. Hay una forma de pronosticar esta decisión: suele ser **coherente con los estilos de afrontamiento** a lo largo de la vida. La tendencia en el pasado hacia la evitación o la capitulación podrían servir como indicios sobre cómo afrontará situaciones de crisis futuras (Gómez et al., 2021).

1.2.2 Proceso y dimensiones

El denominado también *continuum*, es el proceso silencioso, ignorado incluso por el protagonista de la conducta suicida, que no lo puede identificar, por auto-censura, estigma, etc. Durante ese espacio se aprende a tolerar el sufrimiento, ya sea por el normal incremento de tiempo o por la acumulación de situaciones que pueden causar traumas. En el Manual de la

conducta suicida se afirma que “cuando aparece la crisis suicida, **el drama existencial es ya viejo**. El suicidio es **inseparable de la experiencia vital**, así como de los procesos de atribución de significado personal a la vida y a la muerte” (Al-Halabí, Susana & Fonseca-Pedrero, Eduardo, 2023).

En el libro: “Manual de psicología de la conducta suicida” (Al-Halabí, Susana & Fonseca-Pedrero, Eduardo, 2023) se recogen tres grupos de dimensiones para calificar la naturaleza de los suicidios. Estas evaluaciones, son significantes a la hora de crear planes de prevención, para que se ajusten a cada individualidad.

El primer grupo viene determinado, por lo que denomina “naturaleza plural y diversa”, donde las diferentes combinaciones de factores culturales, familiares, personales, suelen ser tratados genéricamente. Resulta poco acertado tratar diferentes orígenes de forma genérica, pues cada factor puede necesitar un trato diferente. Así mismo, existen diferentes sentidos, dependiendo de la pluralidad diversa, como motivación a la conducta suicida. Resulta complicado marcar el límite entre lo que es, o no es, suicidio; esto es habitual en los informes forenses, si no cumplen todas las características, no lo computan como suicidio, aunque muchas veces sí lo es.

El segundo grupo engloba la “naturaleza abierta-contextual-existencial”, donde las experiencias que vivimos, pueden modificar factores que sean determinantes para cambiar nuestra visión y valores de vida. Las relaciones con el entorno social, laboral, familiar, configuran nuestra identidad. Podemos vernos superados por tener que adaptarnos a las imposiciones sociales, por resultarnos impertinentes. La capacidad de elegir, atribuir significado y valorar, está inseparablemente unida al suicidio. Por ello, remite siempre al campo de la decisión/acción y no al de la reacción/síntoma. Esta dimensión se contrapone a la que considera su naturaleza cerrada-natural-positivista-sustantiva, normalmente como lo sería en el resultado de un trastorno mental o síntoma de enfermedad.

Un tercer grupo corresponde a “naturaleza fluctuante-dinámica-interactiva”, la persona con pensamientos suicidas está en una situación de ambivalencia: desea morir cuando su vida continua con las mismas circunstancias y desea vivir si se diesen algunos cambios significativos (Al-Halabí, Susana & Fonseca-Pedrero, Eduardo, 2023).

1.3. Que sea una decisión voluntaria no significa que sea libre

“El estado cognitivo común de la persona en disposición a realizar el suicidio es la contracción psicológica de sentimientos y pensamientos. La persona tiene restringida su capacidad de percibir opciones o actitudes disponibles para continuar con la vida, sólo identifica dos opciones: seguir sufriendo o morir” (Anseán Ramos, Andoni, 2015) (Gómez et al., 2021). Suicidarse, no es una elección libre, está cargada de falta de posibilidades. Alguien pobre en capacidades no tiene herramientas, ni conocimientos de derechos humanos y su opinión no suele ser respetada. No encuentra otra forma de hacer frente a su sufrimiento, es la antítesis de la libertad.

1.3.1. Informes de la OMS. Proyecto SUPRE

La Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó el informe “**Prevención del suicidio un imperativo global**” (OMS, 2014), como resultado de un proceso consultivo mundial, revisión de datos, aportes de partes interesadas y fue redactado por expertos, para mayor fidelidad de transmisión de los datos. En su texto se señalan los logros de investigaciones, políticas y prácticas. Su finalidad es dar una visión mundial del suicidio y crear una hoja de ruta para su prevención. La OMS realiza en el año 2000 publicaciones específicas para la prevención del suicidio en sectores concretos: médicos, fuerzas de seguridad, medios de comunicación, profesionales de la educación, etc. Desde 1966 la OMS comienza a recoger datos sobre el suicidio; en Cuaderno de Salud Pública Nº 35 (OMS, 1969), ya se dirige a concienciar a las autoridades sanitarias sobre la importancia, la naturaleza y las posibilidades de prevención del suicidio. En 1996 la OMS decidió que la prevención de la **violencia contra uno mismo** y contra los demás debe ser una prioridad en salud pública (resolución WHA49.25). La reducción de las tasas de suicidio en los países es un indicador y una meta basada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU.

En 2021 publica otro importante informe “*Suicide worldwide in 2019*”⁹. El Director General de la OMS, Tedros A. Ghebreyesus, declaró en su presentación: “Cada suicidio es una tragedia. Prestar atención al suicidio es incluso más importante ahora, después de meses inmersos en la pandemia de COVID-19, cuando muchos factores de riesgo de suicidio (pérdida de empleo, apuros económicos y aislamiento social) siguen muy presentes. Actualmente (2021) solo 38 países tienen una estrategia nacional de prevención del suicidio; es necesario impulsar las

⁹ Suicide worldwide in 2019 <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

medidas para cumplir la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir un tercio la tasa mundial de suicidios para 2030” (OMS, 2021a).

En 2021 con la publicación de la guía del enfoque integral “*Live Life*” (Vivir la Vida) de prevención del suicidio, la OMS amplía sus recomendaciones a los países y las concentra en **cuatro estrategias con evidencia científica**: Limitar el acceso a los medios de suicidio: la dificultad para disponer de un arma de fuego, algunos plaguicidas, o medicamentos y poner barreras en los andenes de trenes, miradores y viaductos, constituyen una dificultad de acceso suficiente para que se hayan disminuido muchos suicidios. Formar a medios de comunicación, incluidos cineastas: para que **difundan de forma responsable** estos acontecimientos, que se han silenciado por el efecto de imitación; pero que el silencio igualmente, ha conseguido que la lacra se consolide y crezca. Se deben utilizar los medios, para desencadenar el **efecto Papageno**, que pone en conocimiento del público, información de calidad sobre riesgos, cómo actuar, cómo ayudar, recursos a los que acudir, historias de personas que han logrado superar sus desafíos y reportajes en profundidad. Los intentos de suicidio y la mayoría de los suicidios, no son hechos noticiables, pero sí debe haber movimiento social para prevenirlos y acompañarlos. Fomentar en adolescentes las competencias socioemocionales para la vida: los adolescentes tienen en esta etapa biológica sus dificultades y se ha experimentado el aumento del recurso a conductas suicidas para evadirlas; los expertos proponen aumentar los factores protectores en infancia y juventud para aumentar sus capacidades de afrontamiento. Detectar precozmente, evaluar, gestionar y seguir a personas con conductas suicidas: poder detectar el riesgo y prevenir, implica poder intervenir antes, para mayor eficacia y menores resultados de discapacidades por abordarlos con recursos especializados (OMS, 2021b).

Imagen 3. Imagen de la campaña LIVE LIFE de la OMS



Ilustración 3 Fuente: <https://www.paho.org/es/noticias/18-6-2021-cada-100-muertes-es-por-suicidio>

El documento “Envejecimiento y suicidio”, del *Australian Institute for Suicide Research and Prevention* (2001:53-54) repasa el **papel de la OMS en la investigación internacional para la prevención del suicidio**. En este [documento](#) se narra como la OMS en 1998 puso en marcha la Red Mundial para la Prevención del Suicidio, para dar respuesta a la creciente tasa de suicidios en todo el mundo y sentó las bases para la iniciativa SUPRE¹⁰ (SUicide PREvention). Por primera vez en la historia de Naciones Unidas se la clasificó como **prioridad absoluta**, junto con la malaria y el consumo de tabaco (De Leo et al., 2001).

Todo apunta a que la actual Red Mundial para la Prevención del Suicidio, es la *International Association for Suicide Prevention* (IASP), que es socia mundial de la OMS y está liderada por el profesor Stephen Platt. Lanzó su Programa de Redes Regionales de Prevención del Suicidio¹¹ (RSPNP) en 2021. En cada una de las seis regiones establecidas favorece el liderazgo creativo, promueve la colaboración y cooperación en el desarrollo de enfoques estratégicos y tratan de comprender y satisfacer las necesidades regionales y subregionales de prevención del suicidio (IASP, 2023) (IASP, 2022).

1.3.2. Prevención del suicidio y cooperación internacional: Antón Leis

En declaraciones realizadas por el actual director de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) para los alumnos del máster de Cooperación Internacional de la Universidad de Valladolid; Antón Leis dijo¹² que: el suicidio es un tema reciente (que no lo es), comentó conocer una localización donde se realizan proyectos desde la AECID por ser castigada con altas tasas de suicidio, especialmente a las mujeres. Y afirmó que, en esa localización, el suicidio estaba asociado a **problemas estructurales y violaciones de derechos**. Lo que es una acertada síntesis de las razones de multicasualidad por las que se producen los suicidios en todo el mundo.

Se preguntó al actual director de la AECID, Antón Leis, porqué en España no se da el paso de tener un plan nacional de prevención del suicidio como exige la OMS, que lo señala como “un imperativo global” (con 11 víctimas diarias por suicidio y una proporción de 20 intentos de

¹⁰ SUPRE (suicidio) en Wikipedia [https://en.wikipedia.org/wiki/SUPRE_\(suicide\)](https://en.wikipedia.org/wiki/SUPRE_(suicide))

¹¹ *Establishing the Regional Suicide Prevention Networks Programme: One year on* <https://www.iasp.info/2022/06/22/establishing-the-regional-suicide-prevention-networks-programme-rsnpn-one-year-on/>

¹² Declaraciones Antón Leis en Universidad de Valladolid, el 14.4.2023

suicidio por cada persona que se suicida) un problema multidimensional asociado a la identidad, a las capacidades, a la dignidad y que involucra a un número elevado de agentes.

Imagen 4. Cartel Conferencia Antón Leis en Universidad de Valladolid



Ilustración 4 Fuente: <https://twitter.com/Cooperacionuva/status/1646119627355815937>

En su respuesta, consideró que el problema del suicidio es reciente, esta respuesta es un ejemplo de la desconexión de las autoridades con este problema de salud pública. Después afirmó conocer de cerca las causas estructurales de suicidios en el Chocó de Colombia, donde muchas mujeres solo encuentran salida en el suicidio a las sistemáticas violaciones a las que son sometidas.

El tema de salud es muy importante y el tema de salud mental, es el problema que hemos descubierto con la pandemia (COVID19), aquí en España también. No se habla de estas cuestiones, se habla muy poco, creo que el tema del suicidio es reciente, de los últimos años. Antes, la causa de muerte prematura antes de los 40 años, eran los accidentes de tráfico, en los que España es un referente de aumento de la seguridad vial. Ahora claramente la 1ª causa de muerte prematura en nuestros países desarrollados es el suicidio.

Hay un tema de salud mental del que no se habla, la depresión, y las afecciones mentales son enfermedades y hay que tratarlas. Nuestro sistema sanitario, del que

me siento orgulloso, quizá no es suficiente bueno en esto. Sería bueno tener más datos del impacto de la salud mental en el desarrollo económico¹³ y en el crecimiento de un país; saber empíricamente cuánto nos cuesta la salud mental al año, debe hacernos invertir en ello y es verdad que va mucho más allá de la salud mental.

En países con dificultades y determinadas comunidades, conocí el Chocó de Colombia, tenemos un programa que lleva 40 años trabajando con poblaciones indígenas y no os podéis imaginar las tasas de suicidio que hay en determinadas comunidades, sobre todo suicidio en mujeres (chicas), que tienen mucho que ver con violencia. Hay elementos estructurales, que me chocaron muy vivamente, porque escarbas un poco y hay cosas muy feas detrás; porque el suicidio en algunos casos es la única solución que le queda a las mujeres para salir de comunidades donde están siendo violadas sistemáticamente. Es importante el suicidio en sus propios méritos, pero también lo es, en cuanto encubre otros desafíos de desarrollo.

Son muchas las prioridades del mundo y para esto no tenemos una estrategia; en algunos ámbitos trabajamos. En el ámbito de pueblos indígenas, donde sabemos que se produce este fenómeno, sí se está trabajando. En realidad, a más desarrollo, debería haber menos suicidio, pero la causalidad es discutible: por ejemplo, ¿las redes sociales están mejorando nuestra salud mental o la están empeorando? Probablemente no (Transcripción respuesta de Antón Leis del 14.4.2023).

2. LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS A LA VIDA Y A LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO POR LOS ESTADOS

2.1. Un compromiso asumido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible

El problema global del suicidio, se manifiesta como prioridad mediante el indicador y la meta 3.4.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible¹⁴. Los ODS tratan de actuar dentro de los límites planetarios, esto incluye evitar la extinción masiva de especies, para ello, se debe poner la protección de vida humana en el centro del enfoque. Mujeres, jóvenes y minorías representan grupos especialmente vulnerables a las ideas suicidas y en este momento de dividendo demográfico negativo¹⁵, importa asegurar especialmente la sostenibilidad de la salud de las generaciones jóvenes y evitar los conflictos y las incapacidades que generan una deficiente actuación frente a la recurrencia de ideas suicidas.

Al tener el suicidio un carácter multidimensional, está en relación con todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Múltiples agentes y estructuras son determinantes para su prevención:

¹³ <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america>

¹⁴ ODS en el INE: <https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/index.htm>

¹⁵ Dividendo demográfico, una oportunidad de desarrollo <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/el-dividendo-demografico-una-oportunidad-para-el-desarrollo-de-la-economia-y-del-estado-del-bienestar>

agentes educativos, de familia, de igualdad, de trabajo, de servicios sociales, todos los medios de comunicación, agentes de seguridad y también los servicios sanitarios. La Agenda de desarrollo para 2030 plasma soluciones para un elenco de problemas internacionales y recoge expresamente la prevención del suicidio en una meta: rebajar 1/3 las tasas de suicidios para 2030¹⁶ y en un indicador para la evaluación de su progreso: las tasas de suicidio. Enfoca el desarrollo de forma novedosa, en alternativa al crecimiento ideológico y estructural del capitalismo y lo centra en la importancia de la esencia de cada persona y sus **derechos fundamentales**, visión que se proyectó para lanzar los ODS, pero que consolidó su importancia en documentos anteriores a la presentación¹⁷ en 2015 por Naciones Unidas. También queda patente la vinculación de derechos humanos y ODS en los informes para cada Objetivo de Desarrollo Sostenible realizados desde ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2023a).

En la Resolución 70/1 de la Asamblea General de Naciones Unidas: “**Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**”, se habla de la ejecución en todos los países de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de sus metas, “que tienen un **carácter integrador e indivisible** y conjugan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental. Al alcanzar los aspectos de la Agenda, mejorarán las condiciones de vida de las personas y este mundo se transformará en un lugar mejor”. Esta declaración se correlaciona con la determinación que le supone al individuo su entorno, en el **origen y mantenimiento de las conductas suicidas** (OMS, 2015) (FOCAP, 2018) (Al-Halabí, Susana, 2022) (Al-Halabí, Susana & Fonseca-Pedrero, Eduardo, 2023).

En la mencionada Resolución 70/1, se narran los derechos humanos y la forma de lograrlos: mediante sociedades pacíficas, justas, eficaces, inclusivas y que sean transparentes con sus cuentas (ODS16); donde se reduzca toda forma de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo (ODS 16.1); se erradique el maltrato, la explotación, la trata (ODS 16.2); se promueva el estado de derecho nacional e internacional y se garantice el acceso a la justicia para todos (ODS 16.3). Todas las personas deben disfrutar de un nivel de vida básico, incluso mediante sistemas de protección social (ODS 2, 5, 6, 8, 10, 11). Los ODS se aplicarán a todos los países, teniendo en cuenta las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo

¹⁶ Información de suicidios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio#:~:text=La%20meta%203.4%20de%20los.la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas.%20>.

¹⁷ ¿Quién será responsable? Derechos humanos y la agenda de desarrollo post-2015 WhoWillBeAccountable <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/WhoWillBeAccountable.pdf>

de cada uno y se respetarán sus políticas y prioridades nacionales. vinculados entre sí y son interdependientes (OMS, 2015).

La Resolución 70/1 declara la necesidad de empoderar a las personas vulnerables con una alfabetización universal (ODS 1 y 4). La necesidad de formación para la prevención del suicidio está principalmente indicada para los profesionales estrechamente relacionados con la atención a las personas con conductas suicidas; estos profesionales se enfrentan a un reto profesional cada vez que atienden a personas con conducta suicida y es factible que les afecte en su ámbito personal, para lo que también deben ser capacitados. Entre las profesiones determinantes se encuentran las encargadas de la comunicación y el ocio; determinan las percepciones y creencias de las personas, sobre el suicidio y las acciones que deben tomar para ayudarse.

El entorno saludable repercute para alcanzar los mejores resultados posibles en políticas públicas de salud. La OMS ha creado un eslogan que plasma esta idea: “Una Salud” (*One Health*). (ODS 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15). Donde los alimentos del cuerpo y los alimentos para nuestra cultura sean suficientes, inocuos, asequibles y nutritivos; un mundo cuyos hábitats humanos sean seguros y sostenibles; donde haya acceso universal a un suministro de energía asequible, fiable y sostenible (OMS, 2015).

Son fundamentales para la prevención del suicidio y llevar a la práctica la Agenda 2030 los ODS 16 y 17: la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible, entre múltiples partes interesadas y los medios para la ejecución de las metas. “Hacer realidad los derechos humanos de todas las personas y velar por que todos los seres humanos puedan disfrutar de una vida próspera y plena, y realizar su potencial en sociedades pacíficas, justas e inclusivas con dignidad e igualdad” (OMS, 2015). En la Resolución 70/1 se abordan los factores que generan violencia, inseguridad e injusticias, como las desigualdades, la corrupción, la mala gobernanza y las corrientes ilícitas de recursos financieros y armas (OMS, 2015).

De igual modo que la totalidad de la Agenda tiene un carácter integrador e indivisible, **la vida de las personas también comparte ese carácter sistémico y multidimensional**. Debe ser tenido en cuenta para involucrar y crear capacidad en un número mayor de agentes y ministerios gubernamentales. Necesariamente mediante la mejora de la coherencia en investigación, normativa y de las políticas para el desarrollo sostenible. Con datos, vigilancia y rendición actualizada de cuentas.

Imagen 5: Gráfico Objetivos de Desarrollo Sostenible de Agenda 2030

Ilustración 5 Fuente: <https://getupandgoals.es/espana-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

De esta relación, todos los ODS están conectados con la prevención del suicidio:

- ODS 1 y 4. Están relacionados con la información y capacidades necesarias para el empoderamiento preciso para prevenir el suicidio. El marketing social creó para difundir esto el eslogan “Hablemos”, silenciar lo que se ha logrado saber nunca acabará con el suicidio, sino que lo apoyará, por estar las personas empobrecidas en recursos. Adicionalmente, se debería impartir formación en derechos humanos, pues hay una gran carencia, incluso en el ámbito universitario.
- ODS 2, 5, 6, 8, 10, 11. Tener las necesidades básicas cubiertas o no tenerlas, constituye un factor protector o de riesgo en el suicidio, del que hay evidencia lógica y científica.
- ODS 3. El derecho a la vida, incluye el derecho a la salud y este incluye otros derechos individuales, todos basados en la dignidad humana. Derecho a la privacidad, derecho a la intimidad, derecho a tomar las propias decisiones, entre otros.
- ODS 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15. Un entorno saludable, en sus múltiples esferas, es necesario para alcanzar los mejores resultados posibles de políticas públicas en salud. Se ha creado por la OMS: *One Health*. Una forma de entender la salud y un eslogan para difundirlo.
- ODS 16. Crear instituciones justas, sólidas y transparentes en rendición de cuentas; garantizar en ellas la participación inclusiva y representativa que responda a las necesidades; crear capacidad para reducir todas las formas de violencia; combatir el terrorismo, la delincuencia, el maltrato, la explotación, la corrupción, el soborno, la prevaricación, el tráfico de influencias. Promover y respetar los derechos humanos en el plano nacional e internacional para todos, proporciona el empoderamiento necesario a la sociedad civil, para decidir e incidir sobre los factores de riesgo del suicidio.

- ODS 17. Crear alianzas, mejorar la coherencia de las políticas para el desarrollo sostenible, con respeto a los derechos humanos. Apoyar la creación de capacidad estadística y de investigación en todos los países para tener datos del suicidio completos y actualizados, que permitan actuar a tiempo. Ampliar la participación de agentes clave en la prevención del suicidio.

2.2. El Deber del Estado de proteger la vida en el Derecho Internacional

En los últimos 60 años, se observa en los Estados mayor preocupación y responsabilidad por proteger los derechos humanos. Entre estos derechos, se encuentra el deber que los Estados tienen de proteger la vida. Principalmente se recogen en el Derecho internacional de los derechos humanos¹⁸ (DIDH). Esta normativa universal de derechos está plasmada en las normas internacionales sobre el derecho a la salud física y mental (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2023b) y los diferentes pactos elaborados desde Naciones Unidas, para la protección y la no discriminación. Los países donde no se han firmado los pactos elaborados desde Naciones Unidas tienen comunidades legislativamente desprotegidas.

La primera referencia es la **Declaración Universal de Derechos Humanos** de 1948, que indica en su artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo y de su familia, incluidos alimentos, ropa, vivienda y atención médica y los servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otra falta de sustento en circunstancias fuera de su control”.

Otros tratados internacionales fundamentales de derechos humanos son: el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, (PIDESC) de 1966, en su artículo 12 declara: el derecho de todos **al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental** y los pasos a seguir por los Estados para lograrlo: disposición para el desarrollo saludable y la reducción de mortalidad en niños; mejora de todos los aspectos de la higiene; prevención, tratamiento y control de enfermedades y condiciones que garanticen a todos los servicios médicos y la atención médica en caso de enfermedad.

¹⁸ Derecho internacional de los derechos humanos. <https://www.ohchr.org/es/instruments-and-mechanisms/international-human-rights-law>

La **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad** (CDPD) de 2006, protege los derechos de uno de los grupos vulnerables. En su artículo 25, dedicado a la salud, **indica el disfrute del más alto nivel posible de salud sin discriminación** por discapacidad. En otros tratados se indica prevenir cualquier tipo de discriminación: racial, hacia mujeres, hacia trabajadores y familiares migrados, etc. Hay órganos de referencia, para los tratados internacionales de derechos humanos: comentarios generales, observaciones generales, recomendaciones generales, que concretan más las competencias de los pactos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2023b).

Otros modelos universales de derechos humanos se recogen: en la **Constitución de la Organización Mundial de la Salud** (OMS) de 1946, que indica, “el disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condición económica o social.

En la **Declaración de Alma Ata sobre atención primaria de salud** de 1978, en el apartado VI, indica: “la atención primaria, basada en prácticas y tecnologías **científicamente sólidas y socialmente aceptables**, con un costo que pueden permitirse mantener comunidades y Estado; forma parte del sistema de salud y del desarrollo social y económico general de la comunidad. Constituye el primer nivel de contacto de las personas con el sistema nacional de salud, brinda la atención médica cerca de donde las personas viven y trabajan y **establece el primer elemento de un proceso continuo de atención médica**”. El texto añade que su realización “**requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario**.”

La **Declaración sobre el derecho al desarrollo** de 1986, en su artículo 8 indica: “los Estados deberían emprender, a nivel nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizarán, entre otras cosas, igualdad de oportunidades para todos en su **acceso a recursos básicos, educación, servicios de salud, alimentos, vivienda, empleo y la distribución justa de ingresos**. Deben llevarse a cabo reformas económicas y sociales apropiadas con el fin de erradicar todas las injusticias sociales” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2023b).

2.3. Los Derechos Humanos son el fundamento del derecho a la vida y a la salud

La Organización Panamericana de la Salud desarrolla en una publicación la valentía y ambición de la meta "Salud para todos en el año 2000" y de la **conferencia de Alma-Ata**¹⁹. Esta meta ha sido un objetivo mal interpretado y distorsionado en reiteradas ocasiones, es víctima de "simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad" (OPS/OMS, 2003). En la Declaración de Alma-Ata se dice que **la salud es un derecho humano fundamental**, y que es un objetivo social muy importante en todo el mundo. El texto añade que su realización "requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario" (OPS/OMS, 2003).

El documento de la **Resolución 70/1 de la Asamblea General** de Naciones Unidas: "**Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**" subraya una vez más la universalidad de los derechos humanos y la dignidad de las personas, el Estado de derecho, la justicia, la igualdad y la no discriminación; donde se respeten las razas, el origen étnico, la diversidad cultural. Insiste en la igualdad de oportunidades como condición imprescindible para que pueda realizarse plenamente el potencial humano, contribuir a una prosperidad compartida; un mundo que invierta en la infancia y donde los niños crezcan libres de violencia y explotación; un mundo en el que las mujeres y niñas gocen de la plena igualdad entre los géneros y donde se hayan eliminado los obstáculos jurídicos, sociales y económicos que impiden su empoderamiento; un mundo justo, equitativo, tolerante, abierto y socialmente inclusivo en el que se atiendan las necesidades de los más vulnerables (OMS, 2015). Declara basarse en el Derecho internacional, los tratados internacionales, la Declaración Universal de Derechos Humanos y en la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo. Todas estas aspiraciones aparecen enumeradas aquí como obstáculos a superar con prioridad, para poder tener un desarrollo de **carácter integrador e indivisible**. En el n° 19 de la resolución, vuelve al enfoque basado en los derechos humanos y nombra a todos los Estados como **responsables del respeto, protección y promoción de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas**, sin hacer distinción alguna (OMS, 2015).

¹⁹ Alma-Ata: 25 años después <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues#:~:text=%22La%20Conferencia%20internacional%20sobre%20atenci%C3%B3n,y%20contenido%20de%20esta%20Declaraci%C3%B3n.%22>

La dignidad de la persona es un fundamento supraconstitucional, nunca una persona puede considerarse un instrumento, siempre por su dignidad se debe reclamar el respeto de ser un sujeto y no un objeto. Esto implica poseer una personalidad jurídica y tener derecho a cubrir sus necesidades para vivir dignamente. En personas en situación de vulnerabilidad, las privaciones pueden causar: desigualdad, antagonismo y conflictos en la vida cotidiana que fácilmente pueden traducirse en violencia y agresión (Campos Monje, Jerry, 2007).

Los Estados y sus agentes responden ante la comunidad internacional, esta responsabilidad es fundamental si se producen violaciones de derechos humanos, o son cometidos por el poder público o a través de las potestades, competencias y atribuciones que éste pone a disposición de los agentes gubernamentales u otros que lo ejercen. **Los Derechos Humanos** no pertenecen al hombre por una disposición estatal, sino que le pertenecen solo por ser persona humana. Deben ser reconocidos en todos los hombres por igual, **respetados, protegidos, tutelados, promovidos** por las instituciones y conocidos para evitar que sean violados. Uno de los esfuerzos fundamentales que deben hacerse es saber cuál es el modo más seguro de garantizarlos, para impedir que, a pesar de las declaraciones solemnes, sean continuamente violados. La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. El estado se halla al servicio de la persona humana y no la persona al servicio del estado (Campos Monje, Jerry, 2007).

El derecho a la vida incluye el derecho a la salud y derechos derivados de la dignidad y autonomía de las personas, concretamente incluye el Derecho a la libertad de conciencia y a la identidad personal²⁰; este derecho incorpora el derecho a expresarse, a educarse, el derecho a la libertad religiosa y a la libertad para organizarse. Una sociedad es objetivamente democrática, si cada ciudadano puede construirse con libertad, en concordancia a la imagen que ha elaborado y ha comprendido para sí mismo. Las democracias son efectivas, en **proporción directa a la existencia, protección y capacidad de realización de los derechos humanos de las personas que las habitan**.

El Estado también está afectado por el deber de diligencia debida y responsabilidad de sus acciones y queda obligado al análisis y control de riesgos morales²¹ y no solo como un

²⁰ https://bibcatalogo.uca.es/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=889587&shelfbrowse_itemnumber=2673841

²¹ Riesgo moral, es un concepto que describe las situaciones en las que una persona tiene información acerca de los riesgos o consecuencias que pueden producir sus propias acciones y, sin embargo, son otras personas las que sufren las consecuencias de dichos riesgos. A la hora de tomar una decisión, las personas asumen mayores riesgos cuando las potenciales consecuencias negativas de su decisión son asumidas por un tercero y no por ellos (Gonzalo Camarero, José Félix, 2022).

tramite de justificación administrativa. Las asimetrías de poder y de información que detenta el Estado y la falta de ejecución de políticas eficaces a tiempo y con sostenibilidad, podrían constituir **delitos de lesa humanidad**, por ser un campo de prioridad y con resultados de muerte que se repiten cada año, sin poner remedios para que disminuyan.

La investigación desde el Trabajo Social "*The crisis of Life Esidimeni why a neoliberal agenda leaves no room for the mentally ill*" resume: "detrás de la crisis de Life Esidimeni se encuentran los principios neoliberales de priorización económica, responsabilidad y la eliminación del estado de la prestación de servicios". Al aplicar una agenda neoliberal, se violaron los derechos humanos consagrados en la Constitución "incluidos los derechos a la vida, la dignidad, la igualdad, la libertad y la seguridad de la persona frente a la tortura, el acceso a la atención médica. y alimentos y agua suficientes, y las normas relativas a la administración pública. El Estado contravino la Ley Nacional de Salud de 2003 y la Ley de Atención de Salud Mental de 2002" (Ornellas & Engelbrecht, 2018) (Redacción, 2022).

La Cooperación Internacional tiene la capacidad de ayudar y presionar para la creación de políticas coherentes con la adhesión a los tratados internacionales, que aborden los problemas sociales estructurales que frustran a los ciudadanos y que no pueden ser solucionados desde la psiquiatra o psicología, requieren una respuesta colectiva, política y no solo sanitaria. Sindicatos y asociaciones civiles también son claves para priorizar políticas sociales que ahonden en la mejora de la salud mental sin estigmatizar. Las expectativas y el aumento afectados por "salud mental" cada vez son peores, y quizás es un síntoma de la asfixia que supone habitar nuestra sociedad actual.

Como problema de salud pública el suicidio implica, no solo la atención adecuada y el cambio de paradigma contundente en salud mental, sino también los determinantes sociales clave de las poblaciones. Cualquier persona debe tener disponible un trabajo decente, con el que pueda mantener sus necesidades básicas y un entorno en el que pueda habitar sin peligros de perder su propia vida, por robos de otros habitantes; usura de sus proveedores y acuerdos corruptos de gobernantes, que usurpan la riqueza de la nación para contraprestaciones personales y conseguir garantías de vivir por encima de las posibilidades del resto de ciudadanos.

3. EL DEBER DEL ESTADO DE PROTEGER LA VIDA EN EL CONTEXTO NORMATIVO ESPAÑOL

En el artículo 10 de la Constitución Española se señala que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social” y que “Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España” (Opositer, 2023).

Los países son responsables, tanto en el ámbito político como en el judicial. En el caso de España contamos con conceptos jurídicos como la pérdida de oportunidad, para la valoración de los daños relacionados con la asistencia sanitaria²². También se pueden calcular responsabilidades dentro y fuera de la fuerza laboral, mediante los conceptos:

1. Muertes por suicidio
2. Años de vida perdidos por mortalidad prematura
3. Años de vida ajustados por discapacidad
4. Años vividos con discapacidad

(PAHO/WHO, 2023).

Como es sabido, España es uno de los países que forma parte de la **Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH)** de 1953, en su artículo 2º afirma que el derecho a la vida está protegido por la ley. Para España tiene un grado mayor de compromiso que las recomendaciones de Naciones Unidas, que únicamente tienen carácter declarativo y no normativo. Los tribunales españoles garantizan su aplicación, en coherencia con las normas adoptadas y habitualmente las mejoran; por lo que, los contenidos de los derechos humanos están mejor protegidos. Al determinar el artículo 10.2 de la Constitución española que “Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”, la

²² La Pérdida de Oportunidad en las reclamaciones y sentencias de responsabilidad patrimonial. Aspectos Médicos, Jurídicos y Jurisprudenciales <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/LaPerdidaBaja.pdf>

Convención refuerza el valor de los derechos humanos. Sobre la base de dicha convención, en el año 2000, el Parlamento Europeo, la Comisión Europea y el Consejo proclamaron la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE; en ella se establecen los derechos y libertades fundamentales reconocidos por la Unión Europea, con fuerza vinculante para sus estados miembros y la propia Unión, a partir de la entrada en vigor del Tratado de Lisboa en 2009. Con la Carta, los Estados asumen la firme obligación de respetar, fomentar y consolidar los derechos fundamentales en el ámbito de la Unión y en su acción exterior. El Tribunal de la Unión Europea vigila el cumplimiento de dicho compromiso²³.

Creada para garantizar íntegramente los derechos de menores, la **Ley Orgánica 8/2021**²⁴, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Pretende eliminar la violencia y sus consecuencias negativas. Esta ley combate la violencia desde una aproximación integral, penetra en numerosos órdenes jurisdiccionales para afirmar su voluntad holística, otorga una prioridad esencial a la prevención, la socialización y la educación, tanto entre las personas menores de edad como entre sus entornos familiares, escolares, sociales; propicia la colaboración con las comunidades autónomas y evita el fraccionamiento que venía existiendo en una materia tan importante. Para el funcionamiento de sus protocolos se establece un coordinador o **coordinadora de bienestar y protección, en todos los centros educativos y modifica la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal**, añadiendo el artículo 143 bis: “La distribución o difusión pública a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información o de la comunicación de contenidos específicamente destinados a promover, fomentar o incitar al suicidio de personas menores de edad o personas con discapacidad necesitadas de especial protección será castigada con la pena de prisión de uno a cuatro años” (Ley Orgánica 8/2021) se prevé expresamente que las autoridades judiciales retiren estos contenidos de la red para evitar su difusión.

Desde la configuración de esta ley integral, padres y educadores deberían tener conocimientos para educar adecuadamente las emociones y los valores de los menores; proponer normas familiares y aprendizaje para aplazar las recompensas; propiciar un ambiente familiar orientado a la conversación, para la comunicación y resolución de problemas; y deberían tener apoyo y facilidad de recibir una formación más extensa para mejorar las habilidades familiares para el afrontamiento en crisis.

²³ <https://www.consilium.europa.eu/es/policies/human-rights/>

²⁴ Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347>

Recientemente, el Consejo de Ministros ha aprobado el **II Plan de Derechos Humanos 2023-2027**, en cumplimiento del compromiso de España con la ONU (Gobierno España, 2023). “España aceptó la recomendación de varios Estados de elaborar y adoptar un nuevo Plan de Derechos Humanos, con motivo del último Examen Periódico Universal (EPU), Tercer Ciclo, en el marco del Consejo de Derechos Humanos celebrado en 2020” (Gobierno España, 2023).

Según el Gobierno de España. “un Plan de Derechos Humanos es un instrumento que impulsa políticas y muestra el compromiso firme de nuestro país en todo el mundo, así como ante las instituciones de derechos humanos de la Unión Europea y de Naciones Unidas” Están previstos mecanismos de participación en las fases de implementación, desarrollo, seguimiento y evaluación del mismo (Gobierno España, 2023).

La relación de ministerios que participan en la consecución del II Plan de Derechos Humanos, está en coherencia con la multidimensionalidad en las políticas y en las acciones para **respetar, proteger, tutelar y promover los derechos humanos**. Igualmente, el suicidio es un problema multidimensional y es determinante su articulación en todos los ministerios del gobierno, para prevenirlo de forma coordinada: Asuntos Económicos y Transformación Digital; Trabajo y Economía Social; Para la Transición Ecológica y el reto demográfico; Asuntos Exteriores; Unión Europea y Cooperación; para facilitar **disponer de los recursos adecuados** para el crecimiento personal y familiar. Justicia; Del Interior; para tener seguridad y justicia en la sociedad y **erradicar las violencias** y las muertes derivadas de las violencias. Transportes, Movilidad y Agenda Urbana; para facilitar nuestra cultura, relacionarnos y acceder sin dificultades a recursos que no están en nuestro entorno.

Educación y Formación Profesional; para educarnos en la “vida buena²⁵” para nuestra naturaleza humana y en el respeto hacia ella y **capacitarnos para superar los obstáculos vitales**. De la Presidencia Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática; para que ninguna persona quede al margen. Sanidad; Derechos Sociales y Agenda 2030; Igualdad; Consumo, Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Para **aprender a vivir con valores** saludables en todas las relaciones y orientar nuestra carrera vital en todos sus aspectos de forma saludable. “La vida tiene un **carácter integrador e indivisible** y alcanzar los derechos humanos,

²⁵ Suma Qamaña. La comprensión indígena de la Vida Buena <https://www.bivica.org/file/view/id/3804>

mejorará las condiciones de vida de todas las personas y este mundo se transformará en un lugar mejor” (OMS, 2015), donde no haya necesidad de tener ideas suicidas.

Imagen 6 De Estrategia de Salud Pública del Ministerio de Sanidad de España 9.6.2022

Indicador	Descripción	Fuente (Fórmula de cálculo)	Medición (Periodicidad)
Tasa de mortalidad por suicidio (Indicador ODS 3.4.2.) 	Tasa de mortalidad por suicidio	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades - Indicador 3.4.2. Tasa de mortalidad por suicidio (ine.es)	Anual

Ilustración 6 Fuente

https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022_Pendiente_de_NIPO.pdf

La Jornada del Día Mundial de la Salud Mental de 2022, se celebró en España con el lema: "**Hacer de la salud mental y el bienestar de todos una prioridad mundial**" y su objetivo es visibilizar y compartir experiencias para la mejora del conocimiento de todas las partes interesadas en **garantizar que la salud mental se convierta en una prioridad global para todos** (Ministerio de Sanidad, 2022).

En la jornada, se expuso como ideal el Programa y la caja de herramientas de la OMS *Quality Rights training on mental health, recovery & community inclusion*²⁶. Para tratamientos de mejor calidad de personas con enfermedad mental, **se basa en los derechos humanos y está orientado a la recuperación**. Trabaja por las eliminaciones coercitivas, la promoción de la autonomía, la prevención del estigma y la inclusión en la comunidad y reúne una amplia base de datos con recursos nacionales e internacionales sobre salud mental²⁷.

A continuación se presentó el ejemplo *Joint Action ImpleMENTAL*, "Proyectos de vida inclusiva para personas con Trastorno Mental Grave". **Basado en la buena práctica** Belga y en su transformación de atención de la salud mental, que extendiendo al apartado de anexos, por ser un proyecto con participación española. El director de la gerencia de salud mental de Murcia, que

²⁶ Capacitación electrónica de QualityRights de la OMS sobre salud mental <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training>

²⁷ MiNDbank de la OMS: se necesita más inclusión en discapacidad y desarrollo <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/who-mindbank>

encabeza la iniciativa dice: “Los servicios sanitarios, encubren de alguna manera, las **contradicciones y déficits**, que a nivel de salud mental comunitaria existen en estas redes. En los servicios sociales, hay un antes y un después de la **ley 39/2006** de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Que reconoce, no encajan del todo con el precepto del artículo 20 de la Ley General de Sanidad, que se hizo pensando en situaciones complejas y duraderas”. Explica la escisión existente entre el sistema sanitario y el sociosanitario, que traslada a estructuras residenciales de larga estancia a los pacientes con la forma eufemística de servicios sociosanitarios y señala para su comprensión, el alto número de camas destinadas a pacientes con trastorno mental grave (Ministerio de Sanidad, 2022).

El 9.6.2023, en reunión con la Comisaria Europea de Salud y Seguridad Alimentaria, Stella Kyriakides, el Ministro de Sanidad español, se ha comprometido a impulsar **un enfoque integral de la salud mental en Europa**²⁸ durante la Presidencia española del Consejo Europeo. La comisaria dijo que **la participación de los grupos interesados**, con 313 respuestas, destacaron la necesidad de reforzar la mejor promoción y prevención; el desarrollo de habilidades a través de la capacitación; la educación y sensibilización, incluida la desestigmatización; el acceso mejorado y equitativo a la atención; la salud en el trabajo, incluida la prevención del agotamiento; y una mejor comprensión de los determinantes sociales y ambientales. He hizo un comentario sobre invertir en el futuro, con prevención, rompiendo el silencio (Ministerio de Sanidad, 2023), (Comisión Europea, 2023).

4. FUENTES EXPERTAS. DISTINTOS ENFOQUES

La cultura sobre suicidio y conducta suicida, está relacionada con los mensajes que se han compartido desde hace décadas, especialmente desde los medios de comunicación, que describen con el fin de atraer lectores, pero no subsanan el efecto que producen sus piezas sensacionalistas en las personas vulnerables y en los familiares de los que se suicidaron. La relación con la locura y con las enfermedades mentales, especialmente la depresión, siguen siendo mitos en el imaginario, incluso de los profesionales.

²⁸ Un enfoque integral de la salud mental https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health_en

4.1. Revisión documental de fuentes expertas

Contamos con las comunicaciones especiales de la OMS, sus traducciones han llegado a muchos países y expresan las mejores investigaciones del momento, últimamente también han añadido evidencias sobre los determinantes sociales, como factores de riesgo y de protección. El extenso Derecho internacional de los derechos humanos (DIDH), que defiende la dignidad de la vida para todas las personas en todo caso, extiende su jurisprudencia con las sentencias de los tribunales de derechos. Ambas fuentes rubrican puntos relativos al derecho a la vida y a la prevención del suicidio.

Otras fuentes expertas **reconocidas como partes interesadas**, que hicieron averiguaciones sobre los problemas estructurales, sociales y las violaciones de derechos como causas de los crecientes problemas de salud mental. Son apreciadas entre población afectada, como viento renovado para suplir perversiones en el sistema de atención a la salud mental.

El Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida (Anseán Ramos, Andoni, 2014) y el Manual de psicología de la conducta suicida (Al-Halabí, Susana & Fonseca-Pedrero, Eduardo, 2023), tratan con profundidad conceptualización, aspectos, evaluación, prevención por segmentos, intervención por segmentos, abordaje psicológico, abordaje legal, abordaje ético, abordaje forense, autopsia psicológica, necesidades de los intervinientes, posvención de la conducta suicida, buenas prácticas y recursos de ayuda. Un completo repertorio, para desbancar el vacío de conocimiento y generar diálogo en la sociedad. Aunque los volúmenes se acercan al millar de páginas, la lectura no resulta especialmente complicada.

James Davies, en su publicación de 2022. “Sedados: Cómo el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental” expone las dificultades en el trabajo cotidiano, el creciente malestar infantil, la mercantilización del sufrimiento y el planteamiento de la política económica desde los años 80, que favorece el enfoque medicalizado e individualista de atención a problemas. Denuncia en sus informes que los tratamientos para problemas laborales, escolares, etc. están proyectados para asignar el problema al afectado, sin contar las presentes dificultades. Recoge ideas de la entrevista que le concedió Dainius Pûras, donde reconoce que se soslaya el enfoque de derechos humanos por tres graves obstáculos y que están recogidas en el documento A/HRC/35/21, del que se trata más abajo. “Al reclasificar la normalidad dolorosa como anormalidad psiquiátrica, hemos creado la ilusión de una epidemia psiquiátrica”, argumenta James Davies. En línea con el anterior, en el libro de Marta Carmona y Javier Padilla de 2022

“Malestamos: Cuando estar mal es un problema colectivo” propone reflexionar sobre los actuales malestares y los falsos dilemas personales que nos planteamos con ellos.

En relación con el uso “generalizado” de psicofármacos, el destacado título de Robert Whitaker, periodista científico que publicó su investigación de 4 años en 2015, “Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales” mediante investigación de lanzamiento, consejos de farmacéuticas y resultados, llega a la conclusión de que, las personas tratadas con medicamentos psiquiátricos no se recuperan para la sociedad, sino que permanecen o, con el tiempo, aumentan el grado de variedad de sus medicaciones. En relación, se publica en 2015 una amplia investigación de Bonnie Burstow, recogida en *“Psychiatry and the Business of Madness: An Ethical and Epistemological Accounting”* /La psiquiatría y el negocio de la locura: una contabilidad ética y epistemológica, que añade la autoría de una profesional del sector.

Joanna Moncreiff en 2009, publicó *“”*/El mito de la cura química: crítica al tratamiento psiquiátrico con droga. Este libro y la investigación de la autora, entierran la idea de que **los fármacos psiquiátricos funcionan corrigiendo el desequilibrio químico** y analiza los intereses creados profesionales, comerciales y políticos que han consentido este punto de vista. Moncreiff afirma que los psicofármacos inducen a un estado alterado de conciencia que suprime o **enmascara los síntomas** de perturbación mental, como lo haría otra droga o las bebidas alcohólicas, y que esa nueva apariencia puede ser preferible al estado de perturbación mental. Por lo que, esta acción sería distinta a la usualmente entendemos de recuperación²⁹.

Abel Novoa, en entrevista que se recoge en el blog de Juan Simó, advierte sobre **“Desmedicalizar la salud emocional”**, informa que, “según datos de la UE de 2017, el 30% del gasto en sanidad era desperdiciado. Se refiere a la utilización en medicamentos o tecnología que no sirven. En Estados Unidos llega casi al 50% sólo ya por la mala organización y la corrupción (Novoa, Abel, 2023).

Como lo muestran estos y otros autores, muchos malestares crecen y se convierten en trastornos graves y en una disminución de la calidad de vida, a veces de forma crónica. En la medida en que esto es así, permitir y financiar estos daños, nos convierte en cómplices. Nos enfrentamos a un aumento de enfermedades iatrogénicas (creadas por el médico, el gestor

²⁹ El "modelo centrado en el fármaco" de la psicofarmacología no significa lo que usted cree que significa https://awaisaftab.substack.com/p/drug-centered-model-of-psycho pharmacology?utm_source=substack&utm_medium=email

médico, las políticas sanitarias y el gobierno que no actúa). Lo que está sucediendo, es inhumano y es una violación de los derechos humanos, que le cuesta la vida a personas. A la hora de gestionar las pérdidas por suicidio, no es lo mismo que los afectados sean completos desconocidos, o que sean los nuestros los desaparecidos.

Coincidiendo con el auge del tratamiento biomédico, existe otro cumplimiento de necesidades que solo es estético. Consiste en la tendencia a la manicomialización, un sumidero para enfermos mentales y para profesionales conformados, que dan por improbable la recuperación del paciente para la sociedad. Los profesionales se dedican a mantener al paciente en el centro institucionalizado, el paciente se deja sostener y seguir con su patología. Así las unidades de hospitalización se convierten casi en residencias, más que lograr la rehabilitación, pasan a ser lugares de contención; y al alta, probablemente vuelven a la misma situación anterior. Los pacientes pasan unos meses ingresados y se han gastado los recursos, pero no han podido solucionar nada. Los trabajadores cobran su sueldo y entienden que no pueden cambiar una situación estructural creada desde las gerencias, por lo que, siguen con sus trabajos.

Existen experiencias en primera persona de errores que se cometen en la atención de salud mental. Llegó a la prensa el suicidio de [@Quimerinezco](#), que programó unas publicaciones en su cuenta de Twitter para dejar su crudo testimonio: “Perdí la ilusión por la vida cuando al pedir ayuda no se me escuchaba, culpabilizaba, trato denigrante, etc.. muchas veces, muchos profesionales no sólo mal diagnosticado sino tratarme mal por ese mal diagnóstico”([@Quimerinezco](#), 2021).

4.2. Enfoque de Sr. Puras, Alto Comisionado ONU para los Derechos Humanos

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos ([ACNUDH](#)) forma parte de la Secretaría de las Naciones Unidas y administra las labores de la ONU en materia de derechos humanos. ACNUDH organiza un grupo experto para identificar, resaltar y elaborar respuestas a los problemas de derechos humanos. Es el principal centro de coordinación para la priorización de los derechos humanos en todas las operaciones de las Naciones Unidas.

El 4.7.2021, publicó un [Comentario](#) de Derechos Humanos, donde titula de forma rotunda: “Reforma de los servicios de salud mental: una necesidad urgente y un imperativo de derechos humanos” (Comisionado DD HH, 2021). En el texto se afirma que “la división arbitraria de la salud física y mental y el consiguiente aislamiento y abandono de la salud mental ha contribuido a una **situación insostenible de necesidades insatisfechas y violaciones de los**

derechos humanos". Expresa lo perteneciente a derechos en salud y las violaciones de derechos que se están cometiendo por múltiples agentes responsables. Y se pregunta ¿Por qué todavía aceptamos este trato en 2021? Responde que se debe a los prejuicios del miedo, el rechazo y el aislamiento que constituyen nuestra respuesta generalizada hacia las personas con problemas de salud mental (Comisionado DD HH, 2021).

Imagen 7. Detalle publicación Comisionado DDHH “Reforma de los servicios de salud mental: una necesidad urgente y un imperativo de derechos humanos”



Ilustración 7 Fuente: <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/reform-of-mental-health-services-an-urgent-need-and-a-human-rights-imperative>

Recuerda el informe [A/HRC/35/21](#) de 2017, sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; en el que el Relator confirma la reiteración de las violaciones de los derechos humanos en los centros de salud mental. Este texto y el resto de publicaciones complementarias, que aportó este Relator especialista durante su mandato son especialmente importantes, por su experiencia y su larga implicación en la defensa de los derechos, como forma de realizar el trabajo profesional con la adecuada excelencia.

Dainius Pūras, Relator Especial de la ONU sobre el derecho a la salud³⁰, trabaja para rescatar de la sombra a la salud mental. Antes del nombramiento fue miembro del Comité de los Derechos del Niño de la ONU de 2007 a 2011, experto independiente y consultor de numerosos gobiernos, ONG y agencias de la ONU con respecto a la promoción de los derechos humanos en los servicios de salud mental y física. Como Relator, informa al órgano deliberativo, para hacer frente a situaciones de violaciones de los derechos humanos y formular recomendaciones

³⁰ Sr. Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho a la salud (2014-2020) <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/mr-dainius-puras-former-special-rapporteur-2014-2020>

sobre ellos. Solicitó a los países una mayor inversión en enfoques basados en los derechos para la atención de la salud mental y la prevención del suicidio. Durante su mandato (2014-2020), escribe varios informes que enfatizan la importancia de los determinantes sociales de la salud y critican el predominio del modelo biomédico y la medicalización de la depresión. Sobre la salud mental dice que, la separación de la salud física y la salud mental, es una excusa para la discriminación y la estigmatización. Su mensaje sobre las políticas y servicios de salud mental, es que “ha llegado el momento del cambio de paradigma en este campo, ya no es aceptable, y ya es hora de abandonar las leyes y prácticas discriminatorias” (Puras, Dainius, 2021).

En una reciente y explicativa **entrevista en *Psychiatric Times***, el Dr. Pūras abunda sobre la Crisis de valores de la psiquiatría global. En ella explica que, en sus informes a la ONU como Relator Especial critica la excesiva **dependencia sistémica del enfoque biomédico** y las **prácticas coercitivas** en psiquiatría en todo el mundo; **critica los mensajes** sobre salud mental que se lanzan desde instituciones académicas del norte global, que apoyan estos procedimientos e ignoran sus efectos negativos cada vez más obvios; que toda la salud mental global debe ser liberada de **obstáculos** que refuerzan el círculo vicioso de discriminación (estigmatización, institucionalización, coerción, sobremedicalización e impotencia). Asevera que el problema no es tanto la carga global de trastornos mentales, sino que, el problema se arraiga en los serios **obstáculos para la realización de los derechos de salud mental**: asimetrías de poder, uso excesivo de modelos biomédicos e intervenciones biomédicas, y uso parcial de conocimiento y evidencia. Y que **el enfoque de atención a la salud basado en los derechos humanos está siendo bloqueado principalmente por los centros de poder en el norte global** (Puras, Dainius, 2021).

Continúa en *Psychiatric Times*: “Los derechos humanos no se toman en serio. De hecho, convierten los servicios de salud mental en entornos donde **los derechos humanos son violados rutinariamente**. La salud mental continúa siendo rehén por un legado de leyes y prácticas discriminatorias. Este triste hecho ha sido reconocido en 3 resoluciones del Consejo de Derechos Humanos de la ONU (2016, 2017, 2020). El cambio estructural garantizará que los días de discriminación y los abusos contra los derechos humanos hayan terminado y que los daños no se repitan” (Puras, Dainius, 2021).

Comparte su experiencia como psiquiatra en la Unión Soviética “La región tiene **tasas muy altas de suicidio**, que pueden explicarse como reacciones al estrés social prolongado y por la falta de control de la población sobre su vida y su salud bajo un gobierno totalitario. La atención a la salud mental soviética estaba basada en una psiquiatría biológica extremadamente

reduccionista y brutalmente mal utilizada, casi sin intervenciones psicosociales”. Y comunica las influencias del comunismo y el capitalismo en Oriente y Occidente, respectivamente: “Muchos de nosotros en el Este esperábamos que el desarrollo de la salud pública y las intervenciones psicosociales fuesen apoyadas por socios occidentales. Muchos consultores, incluidos los famosos psiquiatras occidentales, vinieron e informaron a políticos y psiquiatras en esta región, con apoyos de la industria farmacéutica, **que la única forma efectiva de abordar las epidemias de suicidio y otros problemas relacionados con la salud mental era invertir en medicamentos psicotrópicos**” (Puras, Dainius, 2021).

Durante su cargo como Relator, Dainius Pūras, en declaraciones para la publicación *Health and Human Rights Journal*, concreta que **los enfoques de derechos humanos para la prevención del suicidio hacen la vida más vivible**. “Para ayudar a las personas a querer mantenerse con vida, es necesario contar con una atención comunitaria continua dentro de sistemas de apoyo sólidos que puedan llegar donde las personas viven, trabajan, aprenden y juegan. Los Estados deben adoptar estrategias basadas en los derechos para la prevención del suicidio que eviten la medicalización excesiva y aborden los determinantes sociales, promoviendo la autonomía y la resiliencia a través de la conexión social, la tolerancia, la justicia y las relaciones saludables” (Puras, Dainius, 2019).

Sigue concretando conceptos y utiliza una referencia a otro trabajo publicado en *Health and Human Rights Journal*, donde se tratan con profundidad (Hannah, Julie & Sadiq, Tasneem, 2019). “La prevención del suicidio debe abordar los **factores estructurales** que hacen que la vida sea imposible de vivir y examinar **cómo surge la angustia dentro de los desequilibrios de poder** y dentro de las relaciones dañinas. Debemos reconocer que el dolor emocional proviene de problemas sociales, como ser víctima de violencia, discriminación o exclusión”.

“La angustia mental a menudo se maneja de manera deficiente. Atacar la química del cerebro de las personas a menudo exacerba el estigma y la exclusión social, agrava la soledad y la impotencia y no reduce el riesgo de suicidio. Las respuestas individuales a la adversidad, no son una cuestión médica, **medicalizar la vida diaria debilita a las personas** y perpetúa la exclusión social y el estigma” (Puras, Dainius, 2019).

En su informe como relator A/HRC/35/21, Dainius Pūras trata a fondo la necesidad de cambiar el modelo de abordaje y se expresa sobre el cumplimiento de esta obligación desde la **Cooperación al Desarrollo**. En el punto 39 del informe, muestra preocupación por la ignorancia de la salud mental, desde la Cooperación para el desarrollo. Muestra que se solo se

ha empleado un 1% del montante de ayuda, dentro de la destinada a la salud. Que invertir en salud mental es muy necesario para la reposición de las personas durante las crisis humanitarias y que, se ha empleado ese 1%, del presupuesto total de salud, para crear o mejorar servicios de atención de larga duración, que son intrínsecamente incompatibles con los derechos humanos (Puras, Dainius & Consejo de Derechos Humanos, 2017).

Imagen 8. Contenido documento Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas (A/HRC/35/21)

A/HRC/35/21	
Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental	
Índice	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Contexto	3
III. Carga mundial de obstáculos	5
A. Predominio del modelo biomédico	6
B. Asimetrías de poder	7
C. Uso sesgado de los datos empíricos en salud mental	8
IV. Evolución del marco normativo para la salud mental	9
V. Marco del derecho a la salud mental	10
A. Obligaciones	10
B. Cooperación internacional	11
C. Participación	12
D. No discriminación	12
E. Rendición de cuentas	13
F. Más allá de los servicios de salud mental hacia la atención y el apoyo	14
G. El consentimiento informado y la coacción	16
H. Factores determinantes básicos y sociales de la salud mental	17
VI. Cambiar el paradigma	18
A. El imperativo de derechos humanos para abordar la promoción y la prevención en la esfera de la salud mental	18
B. Tratamiento: del aislamiento a la integración en la comunidad	19

Ilustración 8. Fuente <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement>

En el **informe A/HRC/35/21**, critica las asimetrías de poder en el trato a estos pacientes, el predominio del modelo biomédico y el uso sesgado de los datos empíricos en salud mental, en sus puntos. En el 25 dice que los protocolos que se utilizan, basados en el modelo reduccionista biomédico, domina las políticas y los servicios de de salud mental. Se sigue considerando peligrosas a personas con discapacidad psicosocial, cuando las pruebas indican que suelen ser víctimas y no autoras de la violencia. En los puntos 21-22-24, añade, esto atenta contra los pacientes y los principios actualizados de atención integral a la salud mental. El uso indebido de asimetrías de poder permanece porque las disposiciones jurídicas obligan a los profesionales y al Estado a adoptar medidas coercitivas. Esto provoca desconfianza y rechazo en los usuarios.

En el punto 26, explica que, el problema se agrava, por las injerencias, la financiación y los acuerdos con las industrias farmacéuticas, para lo que lanza una recomendación en la página 23 del texto “Los Estados y otras partes interesadas pertinentes, incluidas las instituciones académicas, reajusten las prioridades de la investigación en la esfera de la salud mental a fin de promover una investigación en ciencias sociales que sea independiente, cualitativa y participativa, y plataformas de investigación y exploren modelos de servicio alternativos que no sean coercitivos”. Reitera que es inaceptable que no se aborden estas violaciones de derechos humanos en el contexto actual y que sean producidas por mismos sistemas de atención, que están para solucionarlas (Puras, Dainius & Consejo de Derechos Humanos, 2017).

El capítulo VI de A/HRC/35/21 titulado “Cambiar el paradigma”, menciona **el imperativo de derechos humanos para abordar la promoción y la prevención en la esfera de la salud mental**, donde Los factores individuales y sociales, los valores culturales y las experiencias sociales de la vida cotidiana en las familias, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades influyen en la salud mental de cada persona. Aquí encajaría el nuevo enfoque de prevención del suicidio desde el punto de vista contextual-existencial. En el punto 70 habla de la tendencia de sufragar hospitales, camas y fármacos, en lugar de crear una sociedad en la que todas las personas puedan prosperar y lamenta el olvido de la **promoción y prevención** de la salud mental, como forma de evitar problemas más abigarrados y traslada la justificación simplista de algunos gobernantes para no utilizarlos.

En el punto 71, dedica unas recomendaciones expresamente a la **prevención del suicidio**; alude a tomar medidas en “ todos los ministerios pertinentes”, para coordinar y garantizar las soluciones. Y menciona el acoso escolar, como fenómeno prioritario mundial, “los Estados deberían ocuparse de los entornos emocionales y psicosociales, prestando atención particular a las relaciones en lugar que están las personas” (Puras, Dainius & Consejo de Derechos Humanos, 2017). La atención a este importante motivo, por el que niñas y niños se han suicidado, está derivado de la violencia consumida a diario por los niños mediante videos y videojuegos, la idealización de las actitudes que se desprenden de un marketing social que fomenta el perfeccionismo y la imitación que hacen de comportamientos de los adultos, que son bombardeados con los mismos métodos para adultos, pero no tienen un superior que les hable sobre lo qué se están confundiendo y el mal ejemplo que están dando.

El capítulo VI del informe A/HRC/35/21 titulado: Cambiar el paradigma, menciona en su **apartado b**, el cambio en los protocolos: “del aislamiento a la integración en la comunidad”, en

su parecer, los modelos biomédicos que no tienen en cuenta contextos y relaciones, no deben considerarse alineados con el derecho a la salud. Por dar tratamientos biomédicos a todos, sin tener en cuenta sus resultados contraproducentes, por no requerirlos y quizá la aplicación de esa solución, ha sido realmente la causa de un problema mayor. Concluye así su mensaje, “recetar medicamentos psicotrópicos, no porque estén indicados y sean necesarios, sino **debido a la falta de intervenciones psicosociales** y de salud pública eficaces, es incompatible con el derecho a la salud. Las intervenciones psicosociales, y no la medicación, deberían ser la primera opción de tratamiento para la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales” (Puras, Dainius & Consejo de Derechos Humanos, 2017).

Destacamos entre otras muchas publicaciones la **Resolución A/HRC/44/48**³¹ “*Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*”, donde “el Relator Especial formula una serie de recomendaciones a los Estados, a las organizaciones que representan a la profesión psiquiátrica y a la Organización Mundial de la Salud” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2020). Lamenta que en ninguna parte del mundo se ha logrado la igualdad entre la salud mental y física. Y ello supone que, sin abordar los derechos humanos con seriedad, cualquier inversión en salud mental será inefectiva.

Alerta sobre los ensayos controlados aleatorios que se llevan a cabo principalmente en intervenciones farmacológicas y a menudo financia la industria farmacéutica. Advierte, que la OMS puede reforzar distraídamente prácticas coercitivas, porque se basa en la suposición de que las personas diagnosticadas con problemas de salud mental requieren medicamentos como tratamiento de primera elección. Y en el punto 30 dice, es preocupante la forma en que se utiliza el “tratamiento” o la “necesidad médica” para justificar la discriminación y la injusticia social. Muchos centros de atención a mayores patologizan los síntomas asociados con el envejecimiento y usan medicamentos sedantes y antipsicóticos en personas mayores como restricciones químicas. Declara que no se debe exportar este tipo de promoción de atención, sin críticas a los países del sur global. En el punto 26 habla de la necesidad de investigar y hacer un cambio en la dirección de recursos hacia las ciencias sociales, haciendo hincapié en la interdisciplinariedad, la interseccionalidad y la función de los factores contextuales (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2020).

³¹ A/HRC/44/48: Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/ahrc4448-right-everyone-enjoyment-highest-attainable-standard-physical>

4.3. Elementos del derecho a la salud

El derecho a la salud es un derecho inclusivo, se extiende a cubrir nuestras necesidades básicas y particulares. El Derecho Internacional es la ley que establece esta protección y existen tribunales de derechos humanos para reclamar su cumplimiento.

- Derecho de protección de la salud
- Prevención, tratamiento y control de la enfermedad
- Acceso a medicamentos esenciales
- Derecho a la salud física y mental
- Derecho al control de la propia salud: consentimiento informado, integridad corporal, Ausencia de tortura, malos tratos y prácticas nocivas;
- Suministro adecuado de alimentos, nutrición y vivienda seguros;
- Acceso a agua segura y potable y saneamiento adecuado;
- Condiciones laborales y ambientales saludables; y
- Acceso a información y educación sobre salud, incluida la sexual y reproductiva.

(ACNUDH, 2023).

Los elementos esenciales del derecho a la salud son:

- Disponibilidad
- Accesibilidad
- Aceptabilidad
- Calidad

Abreviado y en inglés, se pueden denominar a los 4 elementos esenciales: AAAQ (Medical Human Rights Network, 2023).

Posterior al informe A/HRC/35/21 el Sr. Dainius Pūras, en páginas de **Declaraciones y Procedimientos Especiales** de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), expresa lo perteneciente a derechos en salud y las violaciones de derechos que se están cometiendo por múltiples agentes responsables.

Titula “Depresión: hablemos sobre cómo abordamos la salud mental”. Explica que el derecho a la salud incluye derechos de atención médica y condiciones previas que puedan garantizar la salud mental, los determinantes sociales y sus derivados. Vuelve a ilustrar sobre la tradición

de medicalizar la angustia humana y no abordar los determinantes sociales de la salud, que tiene actualmente una larga evidencia, esta atención de la angustia humana en la depresión y la **prevención del suicidio**, basada en intervenciones biomédicas, ha sido característica en las últimas décadas y en ello ha influido el sesgo en los resultados de las investigaciones, en las que se han basado para hacer políticas y protocolos para atención en salud mental. Se ha **informado mal a las partes interesadas**, afectados, redactores de políticas, médicos y público general. “El uso de psicotrópicos como tratamiento de primera línea para la depresión y otras afecciones no está respaldado por la evidencia”. El uso excesivo de estos medicamentos, socava el derecho a la salud y debe ser abandonado. “**Es necesario un cambio en las inversiones en salud mental**, de centrarse en los "desequilibrios químicos" a centrarse en los "desequilibrios de poder" y las desigualdades (Puras, Dainius, 2017).

4.4. Localizar la prevención del suicidio

No es posible incluir en este trabajo todas las fuentes y recursos que he utilizado para mi investigación pero no quiero dejar de mencionar algunos de ellos por cuanto todos insisten en la importancia de la prevención, fijándola como obligación de todas las instancias públicas, nacionales e internacionales, particularmente los órganos especializados. Se muestran, por ello, una serie de recursos, donde se puede encontrar e identificar el suicidio y la prevención del suicidio como una prioridad de la OMS.

- a) ODS3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Meta 3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. Indicador 3.4.2. Tasa de mortalidad por suicidio. Reducir 1/3 las tasas de suicidio, es también una meta en los ODS y en otros documentos relacionados con la salud.
- b) Listado sectores Creditor Reporting System (CRS) para Ayuda Oficial al Desarrollo.

12340: Promoción de la salud mental y el bienestar. Promoción de programas e intervenciones que apoyen la salud mental y la resiliencia al bienestar; prevención, atención y apoyo a personas vulnerables al suicidio. Excluye el tratamiento de la adicción al tabaco, alcohol y drogas (incluido en los códigos 12320 y 12330).

12382: Investigación para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Investigación para mejorar la comprensión de las ENT, sus factores de riesgo, epidemiología, determinantes sociales e impacto económico; investigación transnacional y de implementación para mejorar la operatividad de estrategias rentables para prevenir y controlar las ENT; vigilancia y seguimiento de la mortalidad, morbilidad, exposición a factores de riesgo de ENT y capacidad nacional para prevenir y controlar las ENT.

- c) Materias Unesco: Salud Pública: 3212
- d) *Pan American Health Organization (PAHO). The burden of suicide in the Region of the Americas; Carga del suicidio en la región de las Américas. Portal de datos. (PAHO/WHO, 2023) y (PAHO TV, 2022).*
- e) Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias OMS: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/about-us>
- f) *The Global Health Observatory: (WHO, 2023)*
- *Suicide rates, age-standardized*
 - *Suicide rates, crude 10-year age groups*
 - *Suicide rates, crude, 15-29 and 30-49 years of age*
 - *Suicide rates, crude, among adolescents 15-19 years*
- g) Salud materna, neonatal, infantil y adolescente y envejecimiento. Consultado 8.6.2023, último año disponible 2019 (OMS, 2023b).
- h) Portal datos mundiales: Our World in Data (Our World in Data, 2023). https://ourworldindata.org/explorers/global-health?tab=chart&facet=none&country=~OWID_WRL&Health+Area=Injuries&Indicator=Suicides&Metric=Age-standardized+death+rate&Source=WHO+%28GHO%29

5. CONCLUSIONES

Hay obligación de los Estados: lo dice el derecho nacional e internacional. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud (OPS/OMS, 1986) con referencia a la conferencia realizada en Alma Ata en 1978 ya nos ponía en la dirección que aquí se ha revelado. También la “resolución WHA57.16 (2004) sobre promoción de la salud y modos de vida sanos, la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud (2011), la Declaración de Moscú adoptada en la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles (2011), la Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud (2016) y el Informe mundial de la OMS sobre la equidad en la salud para las personas con discapacidad (2022)” que la OMS en 2023 enumera, como premisa para sus recomendaciones de salud pública (OMS, 2023a). Hay que pasar de las leyes a la realidad. Hay que **pasar del compromiso a la acción**. Hay que superar la falta de voluntad para dismantelar los campos que son perjudiciales para la salud, recomendados desde hace años y que, no solo dificultan el avance hacia la salud integral, sino que, son determinantes para nuevas enfermedades y para la consumación de un número estimable de suicidios.

Imagen 9. Captura Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa)

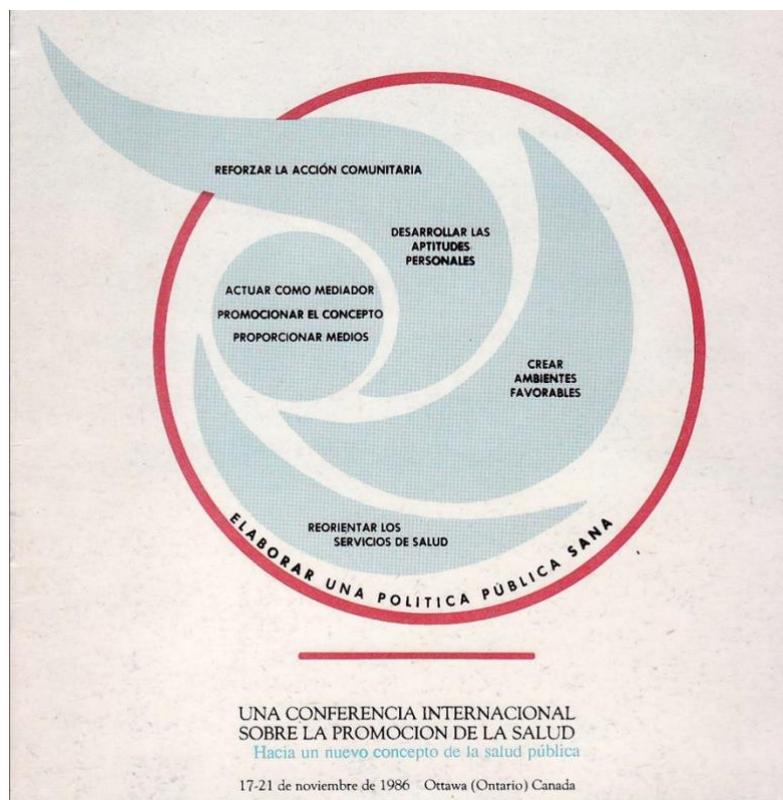


Ilustración 9. Fuente <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Propuesta de los expertos, sobre las normas. Las normas dicen que los Estados tienen obligación de prevenir el suicidio. Las normas jurídicas precisan que las personas puedan disponer de lo suficiente para poder mantener su vida, tener atención médica y poder tener un desarrollo conforme al resto de personas; lo que serían los determinantes sociales de salud, que forman parte del derecho a la salud. **De acuerdo con los expertos**, esa obligación incorpora también una educación integral y crítica sobre la sociedad, para saber la gran cantidad de dilemas falsos que nos llegan por los medios de comunicación y una educación que aumente nuestras capacidades de hacer frente a los dilemas de la vida, en cada una de las etapas vitales. Una información sobre salud mental que sea veraz y acabe con el estigma y la realidad de la segregación. Unas condiciones sociales que permitan vivir: presión administrativa, fiscal, de impuestos, de sostenibilidad, escolares, condiciones laborales, etc.; que aumentan la obligación de lo que dicen las normas. El **Relator Especial** ha dicho: “los determinantes de la salud siguen atrayendo una importante atención política, en particular en el Movimiento para la Salud Mental en el Mundo, existe el riesgo de que esa atención siga siendo retórica y no se integre de manera significativa en las reformas estructurales que necesitan los sistemas de salud mental” punto 25 (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2020).

Contestación de autora.

A partir de la investigación llevada a cabo y de mi propia implicación personal en el abordaje de este verdadero problema de salud pública, considero que, en las cerca de 4 mil muertes anuales por suicidio, el Estado tiene parte de responsabilidad y no está poniendo un remedio proporcionado a su importancia para reducirlos. Se han producido, en mayoría, por su alianza con partes interesadas en vender servicios que no resultan eficaces, su colaboración y falta de transparencia con la industria farmacéutica, su inactividad y desidia en comprobar los resultados de los tratamientos y realizar el cambio de paradigma que han recomendado y necesita la atención a la salud mental. Igualmente es inaceptable dejar a los familiares de las personas que se suicidan sin atención apropiada y rodeados de injusticias y silencios. Como dice Daniel J. López Vega, presidente de la Asociación de Profesionales para la Prevención del Suicidio Papageno “alarmarse por los datos de aumento de suicidios no sirve si no nos invita a preocuparnos por el sufrimiento ajeno”.

La Agenda 2030 de desarrollo está pensada para “no dejar a nadie atrás” y el suicidio hace que desaparezcan muchas personas en los países más adelantados, con tasas más altas que en los

países con menos recursos. Esta falta de respuesta al deber y la responsabilidad, poniendo por encima otras metas políticas espurias, determina la confianza que merece este gobierno y los gobiernos corruptos que actúan de forma similar. Dejando las potenciales consecuencias negativas de sus decisiones, para que las asuman otras personas y no ellos. Es más eficaz para la salud pública crear condiciones para tener una salud positiva (salutogénesis), para complementar el enfoque patogénico actual, que estudia los factores de riesgo y el origen de las enfermedades.

La hipótesis inicial está confirmada. En el contexto de los derechos humanos la conclusión es irrefutable, los Estados tienen obligación de prevenir el suicidio. Se debe coordinar la prevención desde todas las políticas públicas, mostrando su necesidad, su legitimidad, la interconexión con los diferentes planes llevados a cabo. Y se han de incorporar los derechos humanos en la evaluación y seguimiento de las políticas públicas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ACNUDH. (2023). *Acerca el derecho a la salud y los derechos humanos* [Data set].
<https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/about-right-health-and-human-rights>
- Al-Halabí, Susana (Director). (2022, diciembre 24). *El suicidio desde un punto de vista contextual-existencial*. <https://www.youtube.com/watch?v=hu9rmkyEAWs>
- Al-Halabí, Susana & Fonseca-Pedrero, Eduardo. (2023). *Manual de Psicología de la conducta suicida* (2023.^a ed.). Pirámide.
<https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=6891901>
- Anseán Ramos, Andoni. (2014). *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Anseán Ramos, Andoni. (2015). *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.
<https://www.casadellibro.com/libro-suicidios-manual-de-prevencion-intervencion-y-postvencion-de-la-conducta-suicida/9788494299018/2502812>
- Campos Monje, Jerry. (2007). 1 El concepto de la “dignidad de la persona humana” a la luz de la Teoría de los Derechos Humanos. *Pro Humanitas Revista especializada de la Comisión de Derechos Humanos, Justicia, Políticas carcelarias Parlamento latinoamericano, Año 1.*(1), 27-39. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/concep.pdf>
- Comisión Europea. (2023, junio 7). *Opening remarks on Mental Health* [Text]. European Commission - European Commission.
https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/speech_23_3121
- Comisionado DD HH. (2021, julio 4). *Reforma de los servicios de salud mental: Una necesidad urgente y un imperativo de derechos humanos*. Commissioner for Human Rights.
<https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/reform-of-mental-health-services-an-urgent-need-and-a-human-rights-imperative>
- Córdoba Santos, Guillermo. (2023, mayo 10). Teléfono 024, año I: Infeliz aniversario. *Medium*.
<https://medium.com/@GuilleCordoba/telefono-024-suicidio-primer-aniversario-36db6b470946>
- De Leo, D., Neulinger, K., & Cantor, C. (2001). *Envejecimiento y suicidio. Ageing and Suicide*. Commonwealth Department of Health and Aged Care. <https://research-repository.griffith.edu.au/handle/10072/7266>
- FOCAP. (2018). *Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio a propósito del Código Riesgo de Suicidio*.

<https://focap.files.wordpress.com/2018/06/consideraciones-para-el-abordaje-suicidio.pdf>

Gobierno España. (2023). *II Plan Nacional de Derechos Humanos*.

<https://www.mpr.gob.es/mpr/secrc/ii-plan-nacional-de-derechos-humanos/Paginas/index.aspx>

Gómez, F. R., Osorio, L. A. M., Casadiego, M. A. G., Bernal, G. B., Galavis, G. O. B., & Bautista, N. E. B. (2021). *Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>

Gonzalo Camarero, José Felix. (2022). *Gestión del riesgo moral: Clave para la sostenibilidad : un modelo de compliance moral*. Editorial UOC.

Hannah, Julie & Sadiq, Tasneem. (2019, junio 24). Relationships are Human Rights Determinants in Mental Health. *Health and Human Rights Journal*.

<https://www.hhrjournal.org/2019/06/relationships-are-human-rights-determinants-in-mental-health/>

IASP. (2022, junio 22). Establishing the Regional Suicide Prevention Networks Programme: One year on. *IASP*. <https://www.iasp.info/2022/06/22/establishing-the-regional-suicide-prevention-networks-programme-rsnpn-one-year-on/>

IASP. (2023, marzo 14). Partnerships for Life. *IASP*.

<https://www.iasp.info/partnershipsforlife/>

Medical Human Rights Network. (2023). *Marco AAAQ – IFHHRO*.

<https://www.ifhhro.org/topics/aaaq-framework/>

Ministerio de Sanidad. (2022, octubre 10). *Jornada de Trabajo del Día Mundial de la Salud Mental*.

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/jornada/diaMundialSaludMental.htm>

Ministerio de Sanidad. (2023, junio 9). *Ministerio de Sanidad. Notas de Prensa*.

<https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6138>

Novoa, Abel. (2023, abril 9). «Al medicalizar se ignora el origen básico de nuestro malestar, que es político y social». <http://saludinerop.blogspot.com/2023/04/al-medicalizar-se-ignora-el-origen.html>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2020, abril 15). *A/HRC/44/48: Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. OHCHR.

<https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/ahrc4448-right-everyone-enjoyment-highest-attainable-standard-physical>

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2023a). *Cuestiones temáticas globales. Informes 17 ODS*. OHCHR.
<https://www.ohchr.org/es/special-procedures-human-rights-council/cross-cutting-thematic-issues>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2023b). *International standards on the right to physical and mental health*. OHCHR.
<https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health>
- OMS. (1969). *1. Cuadernos de Salud Pública. Nº 35. Prevención del suicidio*.
<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/documentaci%C3%B3n-oms-sobre-conducta-suicida/>
- OMS. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
- OMS. (2015). *A/RES/70/1. Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*.
<https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=A%2FRES%2F70%2F1&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False>
- OMS. (2023a). *EB152(23). Behavioural Insights and Public Policy. Ciencias del comportamiento para mejorar la salud*. <https://doi.org/10.1787/9789264270480-en>
- OMS. (2023b). *Suicide mortality rate (SDG 3.4.2)* [Data set].
[https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/suicide-mortality-rate-\(sdg-3.4.2\)](https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/suicide-mortality-rate-(sdg-3.4.2))
- OMS. (2021a, junio 17). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*.
<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- OMS. (2021b, junio 18). *Una de cada 100 muertes es por suicidio. LIVE LIFE*.
<https://www.paho.org/es/noticias/18-6-2021-cada-100-muertes-es-por-suicidio>
- Opositor. (2023). *Esquema Art. 10 de Constitución Española* [Data set].
<https://www.opositer.edu.es/blog/esquema-articulo-10-de-la-constitucion-espanola/>
- OPS/OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986. SP*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- OPS/OMS. (2003). *Alma-Ata: 25 años después. Organización Panamericana de la Salud, 8(1)*.
<https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>

- Ornellas, A., & Engelbrecht, L. (2018). The crisis of Life Esidimeni why a neoliberal agenda leaves no room for the mentally ill. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 54(3), Article 3. <https://doi.org/10.15270/54-3-650>
- Our World in Data. (2023). *Global Health Data Explorer* [Data set]. <https://ourworldindata.org/explorers/global-health>
- PAHO TV (Director). (2022, enero 18). *Launch of Enlace: Data Portal on NCDs, Mental Health & External Causes*. <https://www.youtube.com/watch?v=cVI3C0cmgUw>
- PAHO/WHO. (2023). *Burden of Suicide* [Data set]. <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>
- Puras, Dainius. (2017). *Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health Mr. Dainius Pūras*. <https://www.ohchr.org/en/statements/2017/04/special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest-attainable-standard-0>
- Puras, Dainius. (2019, octubre 9). Human Rights Approaches to Suicide Prevention Make Life “More Liveable”. *Health and Human Rights Journal*. <https://www.hhrjournal.org/2019/10/human-rights-approaches-to-suicide-prevention-make-life-more-liveable/>
- Puras, Dainius. (2021, junio 3). *Global Psychiatry’s Crisis of Values: Dainius Pūras, MD* [Entrevista]. <https://www.psychiatrytimes.com/view/global-psychiatry-crisis-values>
- Puras, Dainius & Consejo de Derechos Humanos. (2017). *A/HRC/35/21—Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental relativo a su visita a Croacia—Nota de la Secretaría*. <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/ahrc3521-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest>
- @Quimerinezco. (2021, julio 7). *Perdí la ilusión por la vida cuando al pedir ayuda no se me escuchaba, culpabilizaba, trato denigrante, etc.. Muchas veces, muchos profesionales no sólo mal diagnosticando sino tratarme mal por ese mal diagnóstico*. [Tweet]. Twitter. <https://twitter.com/Quimerinezco/status/1412915300081745923>
- Redacción. (2022, noviembre 28). Life Esidimeni. *SECTION27*. <https://section27.org.za/life-esidimeni/>
- Servicio Andaluz de Salud. (2023, febrero 16). *La provincia de Cádiz, seleccionada para desarrollar un proyecto europeo de prevención del suicidio*. Servicio Andaluz de Salud. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/todas-noticia/la-provincia-de-cadiz-seleccionada-para-desarrollar-un-proyecto-europeo-de-prevencion-del-suicidio>

WHO. (2023). *Suicide rates*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

7. ANEXOS

A1. Contenido en la jornada del día mundial de la salud mental 2022 "Hacer de la salud mental y el bienestar de todos una prioridad mundial" (Ministerio de Sanidad, 2022).

La iniciativa europea *Joint Action on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health (JA ImpleMENTAL)*. “Acción Conjunta de Implementación de Buenas Prácticas en el área de Salud Mental”. Es un proyecto europeo, con el objetivo de implementar la estrategia del ‘**Proyecto SUPRA**’ de Austria como base de buenas prácticas en prevención del suicidio. Trabaja la prevención del suicidio en diferentes niveles: servicios sanitarios, educativos, medios de comunicación, etc. Se lleva a cabo en países europeos. En España se coordina desde el Servicio Murciano de Salud en colaboración con Andalucía, Comunidad de Madrid, Cataluña, Navarra y el País Vasco y con el horizonte en 2024 (Servicio Andaluz de Salud, 2023). La otra mejor práctica que se está implementando es la **reforma de salud mental acometida en Bélgica**, basada en el principio de la desinstitucionalización, busca una transición de la atención y los cuidados hacia la comunidad. Sobre esta reforma se puede profundizar a través de la noticia: [Bélgica se posiciona en contra del DSM, apostando por un cambio de paradigma definitivo en salud mental](#). El informe, que origina la publicación puede descargarse en el siguiente enlace: [Superior Health Council. DSM \(5\): The use and status of diagnosis and classification of mental health problems. Brussels: SHC; 2019. Report 9360](#)



Fuente: <https://ja-implimental.eu/> y <https://ja-implimental.eu/participants-2/>