



Asamblea General

Distr. general
16 de julio de 2024
Español
Original: inglés

Septuagésimo noveno período de sesiones

Tema 71 b) del programa provisional*

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

La extrema pobreza y los derechos humanos

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, Olivier De Schutter, de conformidad con la resolución [44/13](#) del Consejo de Derechos Humanos.

* [A/79/150](#).



Informe del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, Olivier De Schutter

La economía del agotamiento: pobreza y salud mental

Resumen

En el presente informe, el Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, Olivier De Schutter, analiza los mecanismos que exponen a las personas en situación de pobreza a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y examina la relación que existe entre una mala salud mental y la perpetuación de la pobreza, a pesar de la extraordinaria resiliencia de que hacen gala muchas de las personas en situación de pobreza. Exhorta a los Estados a pasar de observar la salud mental desde un prisma biomédico, que la considera un problema del individuo, a hacerlo desde un planteamiento que examine sus determinantes sociales. Para combatir la ola mundial de depresión y ansiedad, hay que redoblar los esfuerzos para luchar contra la pobreza y la desigualdad y para hacer frente a la inseguridad económica.

Además de aumentar las inversiones en salud mental, el Relator Especial señala como intervenciones prioritarias encarar los riesgos psicosociales causados por la precarización del trabajo, reforzar la protección social proporcionando una renta básica incondicional, desestigmatizar los trastornos de salud mental y facilitar el acceso a espacios verdes que permitan volver a conectar con la naturaleza. Los círculos viciosos que conectan la pobreza con los problemas de salud mental son el precio que pagamos por el objetivo actual de estimular la competencia y el rendimiento. En una sociedad obsesionada por aumentar la producción económica total, estos círculos pueden romperse, siempre que antepongamos el bienestar a la búsqueda sin fin del crecimiento económico.

I. Introducción

1. En su último informe al Consejo de Derechos Humanos, el Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos pidió que se ampliara el conjunto de instrumentos contra la pobreza a fin de encontrar la manera de que la erradicación de la pobreza dependiera en menor medida del aumento de la producción económica, cuantificada como producto interno bruto (PIB). Señaló que la búsqueda obsesiva del aumento del PIB, un fenómeno que describió con el término “crecientismo”, podría llegar a ser contraproducente. A partir de cierto punto del proceso de desarrollo, o cuando el crecimiento económico es extractivo y explotador, sus repercusiones negativas superan a sus beneficios: a medida que las sociedades se vuelven más ricas en general, aumentan las presiones ambientales y cambian los patrones de consumo, lo que da lugar a nuevas formas de exclusión social y desigualdades ([A/HRC/56/61](#)).

2. Uno de los motivos que pueden llevar al crecimiento a adquirir este rasero “antieconómico” es la importancia concedida al aumento del consumo material y la competencia, que ponen en jaque a la salud mental¹. En el presente informe, el Relator Especial explora los círculos viciosos que existen entre la pobreza y una mala salud mental. La pobreza genera unos trastornos mentales que a su vez constituyen un obstáculo para salir de ella. Para entender cómo se pueden romper estos ciclos, primero hay que conocer su funcionamiento.

3. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar sus capacidades, aprender y trabajar satisfactoriamente y contribuir a mejorar su comunidad”². La salud mental es, recuerda la OMS, un “derecho humano fundamental” y “un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico”³. Sin embargo, en la actualidad, 970 millones de personas en todo el mundo (el 11 % de la población del planeta) padecen un trastorno mental⁴, más de 280 millones de personas en todo el mundo sufren depresión y 301 millones se enfrentan a la ansiedad⁵. Cada año el suicidio causa la muerte de 700.000 personas y es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años⁶. Además, la prevalencia de la depresión y la ansiedad aumentó un 25 % durante el primer año de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) debido al mayor aislamiento social y a los temores económicos⁷. El cambio climático y las perturbaciones asociadas, así como la pérdida de biodiversidad y la contaminación, pueden empeorar aún más los resultados en materia de salud mental⁸.

4. Las consecuencias del aumento de los problemas de salud mental son colosales tanto para los individuos como para las sociedades en su conjunto. En todo el mundo, los trastornos mentales causan pérdidas de un billón de dólares al año, y la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad; los beneficios de invertir en el tratamiento de la depresión y la ansiedad serían, por tanto, cuantiosos⁹. En los países

¹ Jules Pretty *et al.*, “Improving health and well-being independently of GDP: dividends of greener and prosocial economies”, *International Journal of Environmental Health Research*, vol. 26, No.1 (2016); y Byung-Chul Han, *Burnout Society* (Stanford, Stanford University Press, 2015).

² Organización Mundial de la Salud (OMS), “Salud mental”, 17 de junio de 2022.

³ *Ibid.*

⁴ Véase www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_2.

⁵ Véase www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/analyses-and-syntheses/mental-health/global-strategic-direction.

⁶ OMS, *Suicide Worldwide in 2019* (Ginebra, 2021), págs. 4 y 7.

⁷ OMS, “Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic’s impact”, 2 de marzo de 2022.

⁸ United for Global Mental Health, “The impact of the triple planetary crisis on mental health in low and middle-income countries”, 2024.

⁹ Véase <https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and->

miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), entre un tercio y la mitad de las nuevas solicitudes de prestaciones por incapacidad se deben a motivos de salud mental, y entre los adultos jóvenes se calcula que superan el 70 %¹⁰.

5. Como consecuencia de lo anterior, la prescripción de fármacos psiquiátricos ha crecido exponencialmente, como si el problema solo fuera atribuible a los desequilibrios químicos del cerebro o se limitara al sufrimiento individual. Sin embargo, aunque puede ayudar a reducir la culpa y beneficia a las empresas farmacéuticas, este enfoque biomédico aparta la atención de otras soluciones más sistémicas¹¹. Más que al funcionamiento de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, la pandemia de salud mental responde a las crecientes presiones para lograr una mayor productividad y a la insaciable búsqueda de mejora¹².

II. Trastornos mentales y toma de decisiones en condiciones de escasez

6. Habida cuenta de que el presente informe aborda los vínculos entre pobreza y salud mental, no se centra tanto en la cuestión distinta, pero relacionada, de las limitaciones en la toma de decisiones que pueden encontrar las personas en situación de pobreza.

7. Las personas que han de hacer frente a la escasez se encuentran en una situación paradójica¹³. Por un lado, la carencia las obliga a prestar una mayor atención a las cuestiones esenciales para satisfacer sus necesidades; por este motivo, se fijan más en los precios o en las oportunidades para reducir los gastos evitables; y a tomar decisiones con el fin de pagar menos: son, en ese sentido, “hiperracionales” y hábiles a la hora de comparar opciones. Por otro lado, sin embargo, la escasez puede funcionar como un “impuesto cognitivo” y dificultar a las personas que la sufren la toma de las decisiones más convenientes para ellas; y puede provocar una tendencia a descuidar un abanico más amplio de opciones, a centrarse demasiado en el corto plazo o a tener una aversión excesiva al riesgo; en consecuencia, las decisiones que toman son distintas que tomarían las personas más privilegiadas.

8. En sentido estricto, las repercusiones de la escasez en el ancho de banda cognitivo y en la capacidad de tomar decisiones plenamente razonadas, que no dejen de lado excesivamente las repercusiones a largo plazo, son independientes de las repercusiones de la pobreza en la salud mental. El argumento de los autores que han estudiado la toma de decisiones en condiciones de escasez no es que “los pobres tengan menor ancho de banda”; lo que sucede, en cambio, es que “la experiencia de

[development/analyses-and-syntheses/mental-health/global-strategic-direction](#); y (para estimaciones), Dan Chisholm *et al.*, “Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis”, *The Lancet: Psychiatry*, vol. 3, núm. 5 (mayo de 2016).

¹⁰ Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work* (París, 2012).

¹¹ Véase [A/HRC/44/48](#), párr. 23; y Brett Deacon y Grayson L. Baird, “The chemical imbalance explanation of depression: reducing blame at what cost?”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 28, núm. 4 (abril de 2009).

¹² Véase [A/HRC/41/34](#), párr. 81; [A/HRC/44/48](#), párr. 9; y James Davies, *Sedated: How Modern Capitalism Created Our Mental Health Crisis* (Londres, Atlantic Books, 2021).

¹³ Sendhil Mullainathan y Eldar Shafir, *Scarcity: The New Science of Having Less and How It Defines Our Lives* (Nueva York, Times Books, 2013). Véase también Anandi Mani *et al.*, “Poverty impedes cognitive function”, *Science*, vol. 341, núm. 6149 (agosto de 2013); y Ernst-Jan de Bruijn y Gerrit Antonides, “Poverty and economic decision-making: a review of scarcity theory”, *Theory and Decision*, vol. 92 (2022).

la pobreza reduce el ancho de banda de cualquier persona”¹⁴. Esta distinción es importante. No todos los fallos de las personas que viven en la pobreza a la hora de tomar las decisiones correctas pueden atribuirse a las repercusiones de la pobreza en la salud mental; algunos son atribuibles al hecho mismo de la pobreza, que lleva a la persona que se enfrenta a la escasez a percibir de manera particular la situación en la que se encuentra.

9. Al mismo tiempo, estos desaciertos en la toma de decisiones pueden alimentar estereotipos negativos contra las personas en situación de pobreza (lo que el Relator Especial denominó “aporofobia” en un informe anterior (A/77/157)), lo que a su vez puede conducir, en el mejor de los casos, al paternalismo y, en el peor, a la discriminación. Además, las repercusiones de estas malas decisiones pueden ser similares, tanto si se derivan de un ancho de banda cognitivo más restringido de las personas que se enfrentan a la escasez como si tienen su origen en problemas de salud mental como la depresión o la ansiedad. Por último, algunas recomendaciones políticas incluidas en este informe que abordan los círculos viciosos que vinculan la pobreza con la salud mental también son pertinentes para mejorar la capacidad de las personas en situación de pobreza de tomar las decisiones correctas, a pesar del “impuesto cognitivo” que la escasez les impone.

III. La pobreza y la desigualdad como agentes causantes de trastornos mentales

10. En 2012, al apoyar los Principios Rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos en su resolución 21/11, el Consejo de Derechos Humanos identificó como “un claro ejemplo del círculo vicioso de la pobreza” los mecanismos a través de los cuales “las personas que tienen mala salud tienen también más probabilidades de caer en la pobreza, mientras que las personas que viven en la pobreza son más vulnerables a los accidentes, las enfermedades y la discapacidad”¹⁵. A continuación, el Relator Especial describe estos vínculos y analiza algunas posibles soluciones que pueden aplicarse.

A. Correlaciones probadas

11. La relación entre pobreza y salud mental está bien documentada. En un estudio de 2011 con una muestra de 35.000 adultos de los Estados Unidos se detectó que los trastornos mentales eran más comunes entre quienes ganaban menos de 40.000 dólares al año que entre quienes ganaban más de 70.000 dólares¹⁶. Caer en la pobreza es la causa de más del 6 % de las afecciones mentales comunes entre la población en edad de trabajar en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte¹⁷. Y la relación también es fuerte en los países de ingresos bajos y medianos¹⁸.

12. Las razones detrás de esta relación son evidentes. Las personas con ingresos bajos suelen recurrir a los servicios psiquiátricos más tarde que aquellas con ingresos

¹⁴ Mullainathan y Shafir, *Scarcity* (2013), pág. 66.

¹⁵ Principios Rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, párr. 81.

¹⁶ Jitander Sareen, Tracie O. Afifi y Katherine A. McMillan, “Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study”, *Archives in General Psychiatry*, vol. 68, núm. 4 (abril de 2011).

¹⁷ Rachel M. Thomson *et al.*, “Effects of poverty on mental health in the UK working-age population: causal analyses of the UK Household Longitudinal Study”, *International Journal of Epidemiology*, vol. 52, núm. 2 (abril de 2023).

¹⁸ Crick Lund *et al.*, “Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review”, *Social Science and Medicine*, vol. 71, núm. 3 (agosto de 2010).

más altos, y son dos los factores que concurren en este caso: un acceso limitado a dichos servicios y una menor información de los servicios disponibles a un precio asequible¹⁹. Sin embargo, la inseguridad económica que experimentan es una fuente permanente de estrés, perjudicial para el bienestar mental: en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS, actualizado en 2021, se clasifica a los hogares que viven en la pobreza entre los grupos vulnerables con más probabilidades de experimentar problemas de salud mental²⁰. Además, existe una correlación entre los niveles de educación y los ingresos, y una mejor educación se traduce generalmente en una mejor salud física y mental²¹.

13. Sin embargo, más que la pobreza *absoluta* o la privación material como tales, son la pobreza *relativa* o la desigualdad, así como la inseguridad económica, las causas de las afecciones mentales²². Una muestra de 43.824 encuestados recogida por la Encuesta Social Europea 2006/2007 en 23 países europeos reveló que los individuos de países con mayores desigualdades de los ingresos declaraban más síntomas de depresión, si bien podían mitigarse con recursos de afrontamiento como el apoyo social, la autoestima y el optimismo²³. En 2009, se detectó que la depresión era la principal causa de pérdida de años de vida saludable en México (afectaba al 6,4 % de la población), un fenómeno que los investigadores relacionaron con la elevada desigualdad y con los sentimientos de desesperación, miedo e impotencia derivados de la inseguridad económica²⁴. En la ciudad brasileña de São Paulo, vivir en zonas con una desigualdad en los ingresos media y alta aumenta el riesgo de depresión, en comparación con las zonas de baja desigualdad²⁵. Del mismo modo, un estudio sobre 26 países entre 1975 y 2011 puso de manifiesto una correlación estadísticamente significativa entre las tasas de incidencia de la esquizofrenia y la desigualdad en los ingresos. A raíz de esto, los investigadores sugirieron que el estrés crónico asociado a vivir en sociedades muy dispares coloca a la población en riesgo de sufrir esquizofrenia debido a las consecuencias que tiene esta desigualdad de los ingresos en la cohesión social y en la erosión del capital social²⁶. En otra comparación entre países —con una muestra de 50 países y 249.217 individuos— se detectó la correlación entre diversas formas de psicosis (que conducen a alucinaciones, delirios de control del pensamiento y delirios del estado de ánimo) y la desigualdad de ingresos, controlando la renta media per cápita²⁷.

¹⁹ Vijaya Murali y Femi Oyeboode, “Poverty, social inequality and mental health”, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, núm. 3 (2004).

²⁰ Véase el apartado 10 del plan de acción.

²¹ Clive R. Belfield y Henry M. Levin, *The Price We Pay: Economic and Social Consequences of Inadequate Education* (Washington D. C., Brookings Institute Press, 2007).

²² Richard G. Wilkinson y Kate Pickett, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always do Better* (Londres, Penguin Books, 2009); Wagner Silva Ribeiro *et al.*, “Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis”, *The Lancet: Psychiatry*, vol. 4, núm. 7 (2017); y A/HRC/41/34, párr. 41.

²³ Ioana van Deurzen, Erik van Ingen y Wim J.H. van Oorschot, “Income inequality and depression: the role of social comparisons and coping resources”, *European Sociological Review*, vol. 31, núm. 4 (agosto de 2015).

²⁴ Shoshana Berenzon, Hector Senties y Elena Medina-Mora, “Mental health services in Mexico”, *International Psychiatry*, vol. 6, núm. 4 (octubre de 2009).

²⁵ Alexander Dias Porto Chiavegatto Filho *et al.*, “Does income inequality get under the skin? A multilevel analysis of depression, anxiety and mental disorders in Sao Paulo, Brazil”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 67, núm. 11 (2013).

²⁶ Jonathan K. Burns, Andrew Tomita y Amy S. Kapadia, “Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality”, *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 60, núm. 2 (marzo de 2014).

²⁷ Sheri L. Johnson, Erol Wibbels y Richard Wilkinson, “Economic inequality is related to cross-national prevalence of psychotic symptoms”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 50 (2015).

14. Se han propuesto diversas explicaciones para relacionar la desigualdad de los ingresos con las afecciones mentales en general y con la depresión en particular. Basándose en datos de la Encuesta europea sobre calidad de vida (EQLS), que contiene información de 30 países y más de 35.000 individuos, los investigadores concluyeron que la razón principal de esta relación es que el capital social (lo que une a las personas) es mayor en los países más igualitarios²⁸. En efecto, el capital social proporciona un entorno más propicio a los individuos, gracias al cual pueden afrontar mejor el estrés. Permite a las comunidades recurrir a la acción colectiva para exigir responsabilidades a los gobiernos y, en consecuencia, mejorar la prestación de servicios sanitarios. El capital social también puede contribuir a reducir comportamientos de riesgo, como las adicciones²⁹. Otra correlación entre desigualdad y afecciones mentales se basa en el aumento que puede provocar de la ansiedad por el estatus social —el miedo a quedarse atrás— y, por tanto, los niveles de estrés³⁰. Una encuesta transnacional realizada en 2007 en 31 países europeos a más de 34.000 personas puso de manifiesto que la ansiedad por el estatus social era mayor en los países más desiguales en todos los puntos de la curva de ingresos³¹.

15. En resumen, aunque el crecimiento del PIB per cápita aumenta la satisfacción vital en los países de renta baja, a partir de cierto nivel de riqueza media es la desigualdad de los ingresos lo que más importa. De hecho, cuanto más rico es el país por término medio, más explica la distribución de la renta entre los grupos de población los resultados en salud mental. Actúa entonces como un “virus” infectando a toda la población (más afecciones mentales y consumo de drogas) y no solo a los grupos de ingresos más bajos³².

16. Los papeles respectivos de la privación extrema (pobreza absoluta) y la desigualdad elevada (pobreza relativa) a la hora de explicar los problemas de salud mental variarán de un país a otro, sobre todo porque la forma en que se perciben las desigualdades y si se ven como un fracaso del individuo o, por el contrario, como un reto para la sociedad en su conjunto puede ser un factor explicativo importante³³. Además, estas dos explicaciones no se excluyen mutuamente: aunque la desigualdad aumenta los riesgos de padecer trastornos mentales en todos los grupos de la sociedad, las personas en situación de pobreza pueden ser las más vulnerables, debido a su acceso más limitado a la asistencia sanitaria y a la posible insuficiencia de redes de apoyo, ya que la pobreza puede aumentar el aislamiento social.

²⁸ Richard Layte, “The association between income inequality and mental health: testing status anxiety, social capital, and neo-materialist explanations”, *European Sociological Review*, vol. 28, núm. 4 (agosto de 2012).

²⁹ Ichiro Kawachi y Lisa F. Berkman, “Social capital, social cohesion, and health”, en *Social Epidemiology*, Lisa F. Berkman, Ichiro Kawachi y M. Maria Glymour, eds. (Oxford, Oxford University Press, 2000).

³⁰ Richard G. Wilkinson, “Health, hierarchy, and social anxiety”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 896, núm. 1 (diciembre de 1999).

³¹ Richard Layte y Christopher T. Whelan, “Who feels inferior? A test of the status anxiety hypothesis of social inequalities in health”, *European Sociological Review*, vol. 30, núm. 4 (agosto de 2014).

³² Leandre Bouffard y Micheline Dubé, “Mental income inequality: a ‘virus’ which affects health and happiness”, *Santé mentale au Québec*, vol. 38, núm. 2 (otoño de 2013).

³³ En Sudáfrica, las comparaciones entre distritos no mostraron una correlación entre la depresión y los niveles de desigualdad, aunque esto puede deberse a que la desigualdad es bastante elevada en todos ellos. Véase Kafui Adjaye-Gbewonyo *et al.*, “Income inequality and depressive symptoms in South Africa: a longitudinal analysis of the National Income Dynamics Study”, *Health and Place*, vol. 42 (noviembre de 2016).

B. Generación de inseguridad: empleo y protección social

17. Los cambios en el mundo laboral y en la organización de la seguridad social desempeñan un papel fundamental en el aumento de los trastornos mentales, que afectan sobre todo a las personas con bajos ingresos.

18. Lo que tienen en común estos factores es que están asociados a la búsqueda de competitividad y, en nombre de la innovación, a una forma de aceleración vital que se traduce en un entorno inseguro³⁴. La sociedad vive inmersa en una temerosa competición de todos contra todos donde los individuos que viven más al margen de la acción política y carentes de derechos económicos tienen que asumir las “cargas alostáticas” más pesadas, es decir, las reacciones corporales derivadas del estrés de lidiar con la inseguridad³⁵.

19. La gente envejece literalmente más deprisa como consecuencia del estrés de esta situación de incertidumbre, conflicto y competencia, falta de control y ausencia de información³⁶. Estos efectos son cuantificables: durante la crisis financiera de 2009-2011, los adultos jóvenes de Grecia padecieron niveles significativamente más altos de depresión y ansiedad que los adultos jóvenes de Suecia, hasta el punto de que las muestras de cabello mostraron que la respuesta protectora al estrés (la producción de cortisol) se había debilitado en el primer grupo³⁷. Se descubrió que los niveles de hormonas del estrés entre los niños de hogares con bajos ingresos en el Canadá eran muy superiores a la media, una señal de que el estrés paterno derivado de la inseguridad económica tiene repercusiones biológicas en los niños³⁸.

1. El nuevo mundo del trabajo

Inseguridad económica

20. Las crisis económicas tienen mucho que ver con las tasas de depresión y suicidio. En la India, para temperaturas superiores a 20 °C, un aumento de 1 °C provoca unos 70 suicidios más al día, sobre todo durante la estación de crecimiento, ya que estas perturbaciones climáticas provocan la pérdida de las cosechas³⁹. En Indonesia, la reducción de la producción agrícola y de los ingresos por causa de las lluvias extremas se tradujo en un aumento de las tasas de depresión y suicidio entre los agricultores; las transferencias en efectivo podrían mitigar estos efectos⁴⁰.

21. En las economías más avanzadas, la inseguridad económica provocada por la globalización y la reestructuración financiera es una de las principales causas de angustia psicológica, que afecta de forma desproporcionada a las personas que viven en la pobreza o a las que corren mayor riesgo de caer en ella: quienes se enfrentan a esa inseguridad buscan consuelo en el consumo de drogas o alcohol, y corren un

³⁴ David Stuckler *et al.*, “The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”, *The Lancet*, vol. 374, núm. 9686 (julio de 2009).

³⁵ Gabor Maté y Daniel Maté, *The Myth of Normal: Illness, Health and Healing in a Toxic Culture* (Londres, Penguin Books, 2022), pág. 276.

³⁶ E. Ronald De Kloet, “Corticosteroids, stress, and aging”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 663, núm. 1 (noviembre de 1992).

³⁷ Åshild Faresjö *et al.*, “Higher perceived stress but lower cortisol levels found among young Greek adults living in a stressful social environment in comparison with Swedish young adults”, *PLoS One*, vol. 8, núm. 9 (2013).

³⁸ Sonia J. Lupien *et al.*, “Child’s stress hormone levels correlate with mother’s socioeconomic status and depressive state”, *Biological Psychiatry*, vol. 48, núm. 10 (noviembre de 2000).

³⁹ Tamma A. Carleton, “Crop-damaging temperatures increase suicide rates in India”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 114, núm. 33 (2017).

⁴⁰ Cornelius Christian, Lukas Hensel y Christopher Roth, “Income shocks and suicides: causal evidence from Indonesia”, *The Review of Economics and Statistics*, vol. 101, núm. 5 (diciembre de 2019).

mayor riesgo de suicidarse: son las “muertes de la desesperación” descritas por Anne Case y Angus Deaton, que recalcan que los varones blancos de clase trabajadora sin título universitario son los que lo sufren especialmente⁴¹. En este sentido, un estudio sobre el cierre de fábricas en Austria en el período 1999-2001 reveló el aumento significativo del gasto en antidepresivos y medicamentos relacionados entre hombres, así como en hospitalizaciones por problemas de salud mental⁴². Del mismo modo, los investigadores que evaluaron las repercusiones del aumento de la competencia mundial en los condados de los Estados Unidos más expuestos (donde el riesgo de cierre de plantas industriales era mayor) notificaron tasas más elevadas de suicidio y causas de muerte relacionadas, especialmente entre los varones blancos, a causa de ese cambio⁴³.

Desempleo y subempleo

22. Los trastornos mentales también están estrechamente relacionados con el desempleo. Hace ya sesenta años, se demostró que el desempleo en Gran Bretaña casi cuadruplicaba la probabilidad de abuso de sustancias y drogodependencia (incluso después de controlar otras variables sociodemográficas), y duplicaba con creces las probabilidades de sufrir depresión, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo⁴⁴. Estudios más recientes confirman esta asociación⁴⁵, sobre todo porque el desempleo suele asociarse a una menor participación social⁴⁶. De hecho, un estudio sobre 3.170 encuestados en New Haven (Connecticut, Estados Unidos) demostró que los efectos de la pobreza se reducían sustancialmente cuando se controlaba el grado de aislamiento de amigos y familiares. Esto sugiere que, más que la pérdida de ingresos asociada al desempleo, es el aislamiento social resultante lo que explica la relación entre la situación social y física y el trastorno depresivo severo⁴⁷.

23. Sin embargo, si el desempleo aumenta o no el riesgo de depresión depende significativamente de la naturaleza de la compensación proporcionada. Mientras que el riesgo no aumenta significativamente cuando el desempleado percibe un subsidio de desempleo o prestaciones de otros programas basados en la seguridad social (derivados de los ingresos anteriores y de la vida laboral), el índice de depresión es mucho mayor entre los desempleados que perciben prestaciones sociales o no perciben ninguna prestación⁴⁸. Un estudio sobre 4.842 participantes (entre 18 y 65 años) realizado en Alemania entre 2011 y 2014 desveló que el desempleo es un

⁴¹ Anne Case y Angus Deaton, *Deaths of Despair and the Future of Capitalism* (Princeton University Press, 2020).

⁴² Andreas Kuhn, Rafael Lalive y Josef Zweimüller, “The public health costs of job loss”, *Journal of Health Economics*, vol. 28, núm. 6 (diciembre de 2009).

⁴³ Justin R. Pierce y Peter K. Schott, “Trade liberalization and mortality: evidence from US counties”, *American Economic Review: Insights*, vol. 2, núm. (1) (marzo de 2020). En concreto, la investigación evaluó las repercusiones de la concesión de relaciones comerciales normales permanentes a China en octubre de 2000, un cambio que expuso diferencialmente a los condados estadounidenses a una mayor competencia internacional a través de su estructura industrial.

⁴⁴ Howard Meltzer, Nicola Singleton y Alison Lee. *Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000: technical report*. Oficina de Publicaciones de Su Majestad (2002).

⁴⁵ Paula Acevedo, Ana I. Mora-Urda y Pilar Montero, “Social inequalities in health: duration of unemployment unevenly effects on the health of men and women”, *European Journal of Public Health*, vol. 30, núm. 2 (abril de 2020).

⁴⁶ Lars Kunze y Nikolai Suppa, “Bowling alone or bowling at all? The effect of unemployment on social participation”, *Journal of Economic Behavior and Organization*, vol. 133 (enero de 2017).

⁴⁷ M.L. Bruce y R.A. Hoff, “Social and physical health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 29, núm. 4 (1994).

⁴⁸ E. Rodríguez, K. Lasch y J.P. Mead, “The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment”, *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, vol. 27, núm. 4 (1997).

factor de riesgo de deterioro de la salud mental cuando los desempleados reciben prestaciones sociales dependientes del nivel de recursos, incluso ajustando por diferencias en factores sociodemográficos, ingresos personales netos y riesgo de aislamiento social⁴⁹. Esto puede deberse a los efectos estigmatizadores de la asistencia social, que se asocia a un marco de pereza, dependencia y falta de voluntad para trabajar, mientras que las prestaciones basadas en derechos de los programas de seguridad social se consideran un derecho “adquirido”⁵⁰. Estos prejuicios deberían tomarse como una señal de alarma, pues entre las recientes reformas del Estado del bienestar en los países desarrollados figuran un mayor recurso a las políticas de transición de la asistencia social al trabajo, una menor cobertura poblacional de las prestaciones por desempleo, criterios de acceso más estrictos y más obligaciones para cumplir con las prestaciones por desempleo.

24. El subempleo —verse obligado a trabajar a tiempo parcial por falta de empleos a tiempo completo— también aumenta la probabilidad de sufrir trastornos psicológicos. Un estudio del British Household Panel Survey en el que se encuestó a más de 8.000 personas durante un período de 18 años reveló que la transición de un empleo a tiempo completo a un subempleo provoca un aumento de los niveles de angustia. Sin embargo, solo el 10 % de esta tendencia respondía a la falta de ingresos laborales y la percepción de la seguridad en el empleo: en este caso, la clave era la sensación del individuo de que su contribución a la sociedad no se valoraba lo suficiente⁵¹.

Riesgos para la salud mental en el trabajo

25. El empleo conlleva por sí mismo una serie de riesgos psicosociales. Estos riesgos se ven agravados por la organización posfordista del trabajo. La elevada carga de trabajo y las presiones para mejorar la productividad laboral, así como la falta de control sobre el desempeño de las tareas, se asocian a un aumento del estrés y la mala salud⁵². De hecho, algunos estudios sugieren que tener un trabajo de mala calidad (con niveles limitados de control, altas exigencias y complejidad, inseguridad laboral y remuneración injusta) conduce a resultados de salud mental incluso peores que los que genera el desempleo⁵³.

26. Las Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo de 2022 clasificaron estos riesgos, que pueden derivarse de la forma en que está diseñado el trabajo (el trabajo fragmentado o sin sentido y el trabajo en el que se infrautilizan las capacidades aumentan los riesgos), la carga de trabajo y las presiones de tiempo, los horarios de trabajo, la falta de control en la organización del trabajo, las malas condiciones ambientales del trabajo, la cultura institucional, las relaciones interpersonales en el trabajo (incluido el aislamiento social o físico, la intimidación, el acoso o las microagresiones), la forma en que se definen las funciones en el trabajo, el desarrollo

⁴⁹ Andrea E. Zuelke *et al.*, “The association between unemployment and depression—results from the population-based LIFE-adult-study”, *Journal of Affective Disorders*, vol. 235 (agosto de 2018).

⁵⁰ Clare Bamba, “Yesterday once more? Unemployment and health in the 21st century”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 64, núm. 3 (marzo de 2010).

⁵¹ Victoria Moustari, Michael Daly y Liam Delaney, “Underemployment and psychological distress: propensity score and fixed effects estimates from two large UK samples”, *Social Science and Medicine*, vol. 244, núm. 112641 (enero de 2020).

⁵² Ted Schrecker y Clare Bamba, *How Politics Makes Us Sick: Neoliberal Epidemics* (Springer, 2015), pág. 53.

⁵³ P. Butterworth *et al.*, “The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey”, *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 68, núm. 11 (noviembre de 2011).

profesional o una capacidad limitada para combinar la vida laboral y personal o para ejercer una doble carrera profesional.

27. Aunque todos estos riesgos psicosociales deben tenerse en cuenta, los horarios de trabajo destacaron especialmente en las consultas dirigidas por el Relator Especial para la preparación de este informe. En una economía cada vez más terciaria que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en la que el trabajo precario y la organización “justo a tiempo” del proceso de producción se convierten en la norma, y en la que los horarios de trabajo están determinados por algoritmos de gestión de la fuerza laboral para alinear estrechamente la dotación de personal con la demanda, los horarios son cada vez más inestables e impredecibles, con altas dosis de variabilidad, avisos con poca antelación de las programaciones semanales y frecuentes cambios de última hora en los turnos. En 2014, el 54 % de los trabajadores remunerados por horas en los Estados Unidos recibió su horario de trabajo con menos de dos semanas de antelación, y el 41 % lo recibió con menos de una semana de antelación⁵⁴.

28. Esta imprevisibilidad juega en contra de la seguridad económica de las familias. Además, provoca más conflictos entre la vida laboral y personal, una disminución de la calidad del sueño y un aumento del malestar psicológico⁵⁵. Una encuesta realizada a 27.792 trabajadores del sector minorista y de servicios de alimentación empleados en 80 grandes empresas de todos los Estados Unidos en 2016-2017 puso de manifiesto una estrecha relación entre la variabilidad de los horarios de trabajo o los turnos rotatorios y el malestar psicológico. Los trabajadores que recibían sus turnos con menos de tres días de antelación y aquellos que los recibían con solo tres a seis días de antelación obtuvieron resultados significativamente peores que a aquellos que conocían sus turnos con más de dos semanas de antelación, en particular cuando los trabajadores no tenían control sobre los horarios de trabajo. Del mismo modo, los encuestados que trabajaban en un horario variable expresaron una menor satisfacción vital en comparación con los que trabajaban en un turno de día normal, y los que recibían sus horarios con cero o pocos días de antelación estaban significativamente menos contentos que aquellos que los conocían con al menos una semana de antelación. Sorprendentemente, los efectos de los horarios de trabajo variables e impredecibles sobre el malestar psicológico, la calidad del sueño y la felicidad fueron incluso más importantes que los efectos derivados de unos bajos ingresos. Aunque los efectos en la salud mental de esta variabilidad e imprevisibilidad en la jornada laboral son en parte atribuibles a la mayor inseguridad económica de los hogares (ya que los ingresos semanales y mensuales variarán en función del número de horas trabajadas), la causa principal es la dificultad que plantea esta práctica en la capacidad del trabajador para conciliar la vida laboral y privada, es decir, para estar disponible para la familia, para afrontar adecuadamente los problemas familiares o personales o para atender las necesidades del hogar⁵⁶.

29. La incidencia de estos diversos factores —desempleo y el subempleo, y los riesgos psicosociales en el trabajo ligados a la reestructuración laboral posfordista— se deja notar principalmente en los trabajadores con rentas bajas⁵⁷. Por este motivo, son la causa de una doble injusticia: los trabajadores con baja remuneración no solo

⁵⁴ Susan J. Lambert, Peter J. Fugiel y Julia R. Henly, “Precarious work schedules among early-career employees in the US: a national snapshot”, research brief issued by Employment Instability, Family Well-being, and Social Policy Network at the University of Chicago, 27 de agosto de 2014.

⁵⁵ Julia R. Henly y Susan J. Lambert, “Unpredictable work timing in retail jobs: implications for employee work-life conflict”, *ILR Review*, vol. 67, núm. 3 (julio de 2014).

⁵⁶ Daniel Schneider y Kristen Harknett, “Consequences of routine work-schedule instability for worker health and well-being”, *American Sociological Review*, vol. 84, núm. 1 (febrero de 2019).

⁵⁷ Guy Standing, *The Politics of Time. Gaining Control in the Age of Uncertainty* (Pelican Books, 2023), pág. 193.

tienen dificultades para pagar sus facturas, sino que también corren un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental.

2. Cambios en la protección social

30. La mejora de la seguridad de los ingresos es fundamental para prevenir los trastornos mentales. Algunos estudios sugieren que en la aparición de estos trastornos puede influir, más que la propia pobreza, un cambio en las circunstancias vitales, como una enfermedad o una separación familiar, contra las que el individuo no está protegido⁵⁸. También hay pruebas fehacientes de que las preocupaciones y la incertidumbre generadas por las crisis económicas, que conducen a una mayor volatilidad de los ingresos, o incluso la mera anticipación de dichas crisis, son una fuente importante de depresión⁵⁹. Esto pone de relieve la importancia del derecho a la seguridad social y de los pisos de protección social basados en los derechos para prevenir los problemas de salud mental: un estudio sobre 114 millones de beneficiarios del programa de transferencia en efectivo “Bolsa Familia” en el Brasil entre 2004 y 2012 mostró, por ejemplo, el efecto de este programa en la reducción de las tasas de suicidio⁶⁰.

31. Sin embargo, desde la década de 1990, las presiones de la globalización, el envejecimiento de las sociedades (sobre todo en los países ricos), la deshomogenización de las relaciones laborales y la aparición de nuevos riesgos sociales (atribuibles principalmente a la aceleración del agotamiento de las competencias frente al rápido cambio tecnológico) han provocado importantes transformaciones del bienestar incluso en las economías más avanzadas⁶¹. Hemos sido testigos de una fusión gradual entre la asistencia social y la asistencia por desempleo, a medida que la primera se condicionaba cada vez más a que el beneficiario buscara activamente trabajo o recibiera formación para el trabajo y los niveles y la duración de las prestaciones por desempleo se reducían drásticamente. Se ha producido una “contractualización” de la relación entre los solicitantes de empleo y las agencias públicas de empleo, con vistas a “responsabilizar” a las dos partes, y la imposición de la obligación de aceptar un empleo “adecuado”, con una definición generalmente ampliada de lo que es un empleo adecuado, basada en la idea de que el solicitante de empleo debe ser “flexible” y estar animado a adaptarse a las exigencias del mercado laboral. Esto ha creado inseguridad en la propia prestación de la seguridad social misma: la protección social se combina con el seguimiento del comportamiento del beneficiario y ya no funciona como una red de seguridad totalmente fiable contra la miseria.

32. En un informe anterior, el Relator Especial señalaba que la excesiva focalización y la imposición de condicionalidades estrictas para recibir beneficios de seguridad social podrían dar lugar a mayores tasas de no utilización, reduciendo así la eficacia de la protección social en la reducción de la pobreza (A/HRC/50/38). Además, estas transformaciones crean más inseguridad y aumentan por tanto el riesgo de que la salud mental de los beneficiarios resulten afectadas. Así lo ilustra, por ejemplo, la introducción gradual en el Reino Unido, entre 2013 y 2018, del crédito universal. Este crédito vino a reemplazar a seis regímenes anteriores que cubrían los gastos de vivienda y manutención de las personas que se enfrentaban a adversidades como el

⁵⁸ Jishnu Das *et al.*, “Mental health and poverty in developing countries: revisiting the relationship”, *Social Science and Medicine*, vol. 65, núm. 3 (agosto de 2007).

⁵⁹ Matthew Ridley *et al.*, “Poverty, depression, and anxiety: causal evidence and mechanisms”, *Science*, vol. 370, núm. 6522 (diciembre de 2020).

⁶⁰ Daiane Borges Machado *et al.*, “Relationship between the Bolsa Familia national cash transfer programme and suicide incidence in Brazil: a quasi-experimental study”, *PLoS Medicine*, vol. 19, núm. 5 (2022).

⁶¹ Anton Hemerijck, *Changing Welfare States* (Oxford, Oxford University Press, 2013).

desempleo, la discapacidad y el empleo mal remunerado, racionalizando así las ayudas sociales. Se acompañó de estrictas condiciones respaldadas por sanciones, aparentemente para incentivar en mayor grado la incorporación de los solicitantes al mercado laboral y garantizar que la percepción de prestaciones maximizara la responsabilidad y la autosuficiencia de los solicitantes⁶². Tras su visita al país en noviembre de 2018, el anterior Relator Especial expresó su temor de que el crédito universal empeorara los resultados de salud mental de los beneficiarios (A/HRC/41/39/Add.1, párr. 47). Este temor parece ahora corroborado por la investigación: un estudio reveló que la introducción del crédito universal, aunque no tuvo ningún efecto cuantificable en cuanto a la inserción laboral de la población, provocó un aumento de 6,57 puntos porcentuales en el índice de malestar psicológico entre los desempleados afectados por la política⁶³.

C. Trastornos por déficit de naturaleza

33. Otro factor que expone a las personas en situación de pobreza a un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental son los obstáculos que deben sortear para tener un contacto frecuente con la naturaleza (A/HRC/41/34, párr. 81).

34. En los entornos urbanos, los niños con bajos ingresos suelen tener un acceso reducido a las zonas verdes. La causa puede estar en el empobrecimiento de los entornos urbanos en los que viven, que no tienen zonas verdes o cuentan con parques que carecen de instalaciones como baños, son menos agradables estéticamente, son inseguros o no incluyen zonas arboladas. Los obstáculos económicos también pueden influir: es posible que las familias con bajos ingresos no puedan permitirse que sus hijos participen en las actividades de ocio que se realizan en la naturaleza.

35. Sin embargo, está demostrado que la proximidad de jardines y parques públicos y el contacto más frecuente con la naturaleza se traduce en una mejora del funcionamiento cognitivo de los adolescentes, con mejoras en la atención, la memoria y el rendimiento y el desarrollo cognitivos y en una reducción del estrés, la ansiedad y los síntomas de depresión⁶⁴, así como de problemas sociales y de conducta, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad⁶⁵. Así pues, mejorar el acceso a los espacios verdes —un elemento de la creación de un entorno más equigénico— puede resultar positivo para los comportamientos prosociales de los niños, con repercusiones especialmente importantes entre los niños con menos ingresos⁶⁶.

⁶² Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Oficina Nacional de Auditoría, *Rolling out Universal Credit* (Londres, 2018).

⁶³ Sophie Wickham *et al.*, “Effects on mental health of a UK welfare reform, universal credit: a longitudinal controlled study”, *The Lancet: Public Health*, vol. 5, núm. 3 (marzo de 2020).

⁶⁴ Michelle C. Kondo *et al.*, “A greening theory of change: how neighborhood greening impacts adolescent health disparities”, *American Journal of Community Psychology*, vol. 73, núm. 3-4 (junio de 2024).

⁶⁵ Richard Louv, *Last Child in the Woods: Saving our Children from Nature-Deficit Disorder* (Algonquin Press, 2005); y Katherine D. Arbuthnott, “Nature exposure and social health: prosocial behavior, social cohesion, and effect pathways”, *Journal of Environmental Psychology*, vol. 90 (septiembre de 2023).

⁶⁶ Paul McCrorie *et al.*, “Neighborhood natural space and the narrowing of socioeconomic inequality in children’s social, emotional, and behavioural well-being”, *Well-Being, Space and Society*, vol. 2 (2021).

IV. Los trastornos mentales y su influencia al sumir a la gente a la pobreza

36. Algunas de las formas en que los trastornos mentales pueden desembocar en situaciones de pobreza y afianzarlas son bastante obvias. Las actitudes discriminatorias en el lugar de trabajo y la falta de ajustes razonables exponen a las personas con problemas de salud mental a un mayor riesgo de desempleo. En los países de la OCDE, las personas con un problema de salud mental grave tienen entre 6 y 7 veces más probabilidades de estar desempleadas que las personas sin ese trastorno, y aquellas con un problema de salud mental común entre 2 y 3 veces más⁶⁷. En Finlandia, un estudio de cohortes a escala nacional que analizó a más de 2 millones de individuos durante el período entre 1988 y 2015 reveló que el diagnóstico de un trastorno de salud mental entre los 15 y los 25 años era un poderoso indicador predictivo de carecer de empleo y de estudios secundarios o superiores entre los 25 y los 52 años, así como de tener menores ingresos⁶⁸. La depresión entre los desempleados también está asociada a tasas más bajas de reempleo, especialmente porque estos estados depresivos conducen a la pérdida de las conexiones sociales⁶⁹.

37. Las personas con problemas de salud mental también son excluidas sistemáticamente del sistema educativo general⁷⁰. Corren un riesgo desproporcionado de quedarse sin hogar o de acabar en prisión. En resumen, se enfrentan a una serie de violaciones de los derechos humanos, a pesar de la protección que les brinda la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

38. También existe un círculo vicioso entre la salud mental, la salud física y el desempleo. La depresión, por ejemplo, predispone al infarto de miocardio y a la diabetes, dos enfermedades que aumentan la probabilidad de sufrir depresión, lo que dificulta que las personas afectadas encuentren trabajo y, al mismo tiempo, las expone a dificultades financieras debido a los costes del tratamiento⁷¹. Las personas en situación de pobreza son también más propensas a adoptar comportamientos de riesgo, en particular las adicciones, como forma de afrontar el estrés vital y buscar ese alivio que tanto necesitan⁷². A su vez, estos comportamientos pueden causar problemas de salud física que reducen la productividad laboral y disminuyen la esperanza de vida.

39. El estigma asociado a una enfermedad mental empeora la situación. Un informe de una comisión de The Lancet, en el que participaron 50 expertos y que fue elaborado conjuntamente con personas con experiencia de salud pública, determinó cuatro formas diferentes de estigmatización: a) la autoestigmatización, que se produce cuando las personas con problemas de salud mental son conscientes de los estereotipos negativos de los demás y los vuelven contra sí mismas; b) la

⁶⁷ OCDE, *Sick on the Job?*, pág. 39.

⁶⁸ Christian Hakulinen *et al.*, "Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 140, núm. 4 (octubre de 2019).

⁶⁹ Natalia Wege, Peter Angerer y Jian Li, "Effects of lifetime unemployment experience and job insecurity on two-year risk of physician-diagnosed incident depression in the German working population", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 14, núm. 8 (2017).

⁷⁰ Sobre el derecho a una educación inclusiva de calidad, véase el artículo 24(1) de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; y sobre el derecho a la educación inclusiva adoptado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, véase la Observación general núm. 4 (2016).

⁷¹ Véase el párrafo 12 del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS.

⁷² Vijaya Murali y Femi Oyeboode, "Poverty, social inequality and mental health", *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, núm. 3 (mayo de 2004).

estigmatización por asociación, que dirige el estigma contra los miembros de la familia o los cuidadores; c) la estigmatización pública e interpersonal, que se refiere a los estereotipos negativos y al trato adverso de los miembros de la sociedad hacia las personas con trastornos mentales; y d) la estigmatización institucional, que engloba las políticas y prácticas que inciden negativamente en las personas con problemas de salud mental⁷³.

40. Estas diversas formas de estigma repercuten en todos los aspectos de la vida. Afectan a la autoestima y a la capacidad de desarrollar relaciones sociales. Limitan el acceso al empleo y a la vivienda. Desalientan la búsqueda de asistencia entre los afectados, temerosos de ser etiquetados como enfermos mentales⁷⁴. Además, los estereotipos negativos contra las personas que padecen una enfermedad mental pueden explicar la falta de voluntad de inversión en salud mental por parte de las instancias normativas públicas.

41. Así pues, las personas en situación de pobreza se enfrentan a una triple amenaza: están económicamente desfavorecidas; como consecuencia de la presión económica a la que se enfrentan, se ven afectadas de forma desproporcionada por afecciones de salud mental, con un acceso limitado a la atención preventiva y curativa; y también sufren la estigmatización asociada a la enfermedad.

V. Ruptura de los círculos viciosos

42. Hemos fomentado sociedades obsesionadas con el crecimiento en las que se presiona a los individuos para que compitan y mejoren su rendimiento. La consecuencia es una ansiedad por el estatus social que puede desembocar en depresión cuando no se cumplen unas expectativas poco realistas de lo que significa vivir una vida productiva. Habría que fomentar un cambio hacia el diseño de sociedades obsesionadas por los cuidados, que proporcionen seguridad económica y ayuden a todos los individuos a adquirir un sentimiento de autoestima y valía. El Relator Especial establece cuatro acciones prioritarias a este respecto.

A. Inversión en atención de salud mental

43. El incremento de la inversión en atención de salud mental debería ser un primer paso. Aunque no sustituye a la mitigación de la pobreza, esta inversión puede tener importantes repercusiones en las afecciones mentales, neurológicas y de consumo indebido de sustancias, con una mejora significativa de los resultados económicos⁷⁵. En otras palabras, la atención de salud mental es una herramienta fundamental para el desarrollo humano. Invertir en salud mental puede parecer costoso, pero los costes de la inacción son mucho mayores en cuanto a pérdida de productividad laboral y consumo de antidepresivos.

44. Las partidas presupuestarias destinadas a la salud mental siguen siendo muy insuficientes. Por término medio, los Estados dedican solo el 2,1 % de su gasto sanitario a la salud mental, y el porcentaje es aún menor en los países de ingresos

⁷³ Graham Thornicroft *et al.*, “The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health”, *The Lancet*, vol. 400, núm. 10361 (octubre de 2022).

⁷⁴ Matthias C. Angermeyer y H. Matschinger, “The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 108, núm. 4 (octubre de 2003); y Patrick W. Corrigan, “How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness”, *Social Work*, vol. 52, núm. 1 (enero de 2007).

⁷⁵ Crick Lund *et al.*, “Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries”, *The Lancet*, vol. 378, núm. 9801 (octubre de 2011).

bajos y medianos. Aunque a escala mundial el número medio de trabajadores del sector de la salud mental es de 13 por cada 100.000 habitantes, esta cifra varía enormemente, desde menos de dos trabajadores por cada 100.000 habitantes en los países de renta baja hasta más de 60 en los países de renta alta. Y mientras que en los países de renta baja solo hay 0,11 centros psiquiátricos comunitarios por cada 100.000 habitantes, en los países de renta alta hay 5,1 centros de este tipo por cada 100.000 habitantes⁷⁶. Según la OMS, entre el 76 % y el 85 % de las personas con enfermedades mentales graves no reciben tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos, mientras que en los países de ingresos altos el porcentaje es del 35 % al 50 %. El gasto en salud mental no solo es demasiado bajo (la media anual mundial es inferior a 2 dólares por persona y es inferior a 0,25 dólares por persona en los países de renta baja), sino que también se destina a fines erróneos: el 67 % de los recursos sirve para financiar a hospitales exclusivamente psiquiátricos, a pesar de que se reconoce ampliamente que es una forma ineficaz de abordar el problema⁷⁷.

45. Aunque el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS establece una serie de metas para los países, en su mayoría no se cumplirán, y el objetivo de la salud universal establecido en la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible sigue siendo un sueño lejano⁷⁸. Cuando se adoptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible, solo 1 de cada 5 personas en los países de ingreso alto y 1 de cada 27 en los países de ingreso bajo y mediano-bajo recibían al menos un tratamiento mínimamente adecuado para el trastorno depresivo severo⁷⁹. En este contexto, la OMS lanzó una iniciativa especial para la salud mental en 2019, con el fin de cerrar la brecha⁸⁰. Sin embargo, a pesar de estas promesas de contribución y de iniciativas como el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OMS, en la mayoría de los países de ingreso bajo, tres de cada cuatro personas no tienen acceso al tratamiento que necesitan⁸¹.

46. En parte, la reducción del gasto en atención de salud mental es víctima colateral de la escasa inversión en asistencia sanitaria en general. Aunque la inversión global en sanidad aumentó en 2021 como reacción a la pandemia de COVID-19, alcanzando ese año el 10,3 % del PIB o 9,8 billones de dólares, las restricciones presupuestarias a las que se enfrentan los países de renta baja les obligaron de hecho a reducir el gasto en servicios sanitarios públicos, y las diferencias entre países crecieron aún más: el 11 % de la población mundial vive en países que gastan menos de 50 dólares al año por persona en sanidad (frente a una media de 4.000 dólares en los países de renta alta), y los países de renta baja, que acogen al 8 % de la población mundial, representan solo el 0,24 % del gasto sanitario mundial⁸². Además, aunque la financiación pública de la sanidad a través de impuestos o planes públicos de asistencia sanitaria es más rentable y equitativa⁸³, el 40 % de la financiación de la sanidad sigue basándose en planes de seguros privados. Las personas con menos

⁷⁶ WHO, *Atlas de Salud Mental 2020* (Ginebra, 2021).

⁷⁷ Véase el párrafo 14 del plan de acción; véase también [A/HRC/41/34](#), párr. 21.

⁷⁸ OMS, *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos* (Ginebra, 2022).

⁷⁹ Graham Thornicroft *et al.*, “Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 210, núm. 2 (febrero de 2017).

⁸⁰ OMS, “The WHO special initiative for mental health (2019–2023): universal health coverage for mental health”, 2019.

⁸¹ Véase www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme.

⁸² OMS, *Global Spending on Health: Coping with the Pandemic* (Ginebra, 2023).

⁸³ Jomo Kwame Sundaram, “Finance healthcare, not insurance premia”, Inter Press Service, 26 de junio de 2024.

ingresos, al tener más difícil el acceso a estos planes, a menudo están sin asegurar o han de afrontar gastos sanitarios catastróficos⁸⁴.

47. Asimismo, en este contexto general de infrafinanciación de la sanidad, los servicios sanitarios preventivos salen aún peor parados: en 2021, solo el 3 % del gasto sanitario total en los países de renta alta y el 13 % en los de renta baja se destinó a la prevención⁸⁵.

48. En este contexto general de financiación insuficiente de la atención sanitaria, los servicios de atención de salud mental están aún más descuidados. Entre los motivos figuran la estigmatización asociada a los problemas de salud mental, la falta de organización de las personas que padecen trastornos mentales a la hora de reclamar sus derechos y la poca importancia que conceden los gobiernos a la inversión en los servicios de atención de salud mental.

B. Reducción de la inseguridad

49. Por importante que sea aumentar la inversión en servicios de salud mental, ya sean preventivos o curativos, en ningún caso debería reemplazar al análisis de los factores de fondo que causan principalmente la depresión y la angustia: la pobreza, el aislamiento social y las desigualdades que se traducen en la ansiedad por el estatus social.

50. Por lo tanto, el Relator Especial reitera su llamamiento a centrar los esfuerzos en la lucha contra las desigualdades de renta y riqueza para la búsqueda de un nuevo contrato ecosocial, que ya definió como esencial para una transición justa, así como su llamamiento a un cambio hacia un modelo de desarrollo posterior al crecimiento que priorice el bienestar por encima del PIB (véase [A/75/181](#), párrs. 44 a 48 y [A/HRC/56/61](#), párrs. 32 a 37). La lucha contra las desigualdades, pero también contra la tendencia a la precarización del trabajo y la contractualización de la protección social (mediante la introducción de condicionalidades y el seguimiento de los beneficiarios), debería ser fundamental para combatir la pandemia mundial de depresión y ansiedad. Erradicar la pobreza, garantizar la seguridad de los ingresos y hacer efectivo el derecho a la salud mental son tareas complementarias que se sostienen mutuamente.

1. Prevención de riesgos psicosociales en el trabajo

51. En un informe de la OCDE de 2012 se reconoce que, si bien “los trabajadores de toda la OCDE han estado expuestos a cambios en las condiciones de trabajo como resultado de los ajustes estructurales de los últimos decenios... los empleos de mala calidad o un clima laboral psicológicamente insalubre pueden erosionar la salud mental y, a su vez, influir en la posición de las personas en el mercado laboral”⁸⁶. Sorprendentemente, la Recomendación sobre la política integrada de salud mental, competencias y empleo, que el Consejo de la OCDE adoptó el 14 de diciembre de 2015, apenas alude a esta dimensión estructural, limitándose a insistir en que los

⁸⁴ OMS y Banco Mundial, *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report* (Ginebra, 2023).

⁸⁵ “Financing Universal Social Protection and Health Coverage”, documento de antecedentes para preparar la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo específico sobre la financiación de la protección social y los servicios de salud en países en desarrollo (no publicado, 20 de junio de 2024), pág. 9.

⁸⁶ OCDE, *Sick on the Job?*, pág. 40.

Estados miembros “promuevan y apliquen la evaluación de riesgos psicosociales y la prevención de riesgos en el lugar de trabajo”⁸⁷.

52. Debemos ir más allá de esta actitud de negación. Unas mayores exigencias en el trabajo, el escaso control sobre él (es decir, una capacidad limitada para tomar decisiones en materia laboral) y unas funciones poco claras pueden agravar el estrés laboral y aumentar el riesgo de agotamiento, desgaste, ansiedad y depresión⁸⁸. En informes anteriores, el Relator Especial abordó algunas de las implicaciones de la reorganización posfordista del trabajo, como la forma en que se fijan los salarios y se determinan las condiciones de trabajo (A/78/175 y A/HRC/53/33). Estos cambios también aumentan los riesgos psicosociales en el trabajo. En virtud de Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 1981 (núm. 155) y del Convenio sobre el Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2006 (núm. 187) de la Organización Internacional del Trabajo —ambos declarados convenios fundamentales en 2022 (lo que implica que deben ser cumplidos incluso por los Estados que no los hayan ratificado)—, se espera que los Estados den respuesta a estos riesgos. Sin embargo, en 2019, solo el 35 % de los Estados contaba con un programa nacional para afrontar los problemas de salud mental relacionados con el trabajo⁸⁹.

53. Aunque las Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo de 2022 enumeran una serie de riesgos psicosociales para la salud mental en el trabajo, es quizá en el ámbito de los horarios de trabajo donde la laguna normativa es más clara. La reglamentación sobre horarios laborales debería contribuir a mitigar los efectos sobre la salud mental de esta incertidumbre. Dicha reglamentación podría exigir el aviso con una determinada antelación del inicio y el fin de la jornada laboral y, en caso de incumplimiento, el empresario tendría que compensar a los empleados (igual que sucede con las horas extraordinarias). Se deberían desincentivar los turnos de guardia, por ejemplo garantizando al menos un sueldo parcial a los trabajadores que estén de guardia. Podrían imponerse períodos mínimos de descanso entre dos turnos. Podrían introducirse normas de “acceso a las horas”, asegurando que los trabajadores a tiempo parcial que trabajan de guardia tengan garantizado un número mínimo de horas de trabajo a la semana o al mes, mejorando así su seguridad económica⁹⁰.

2. Prestación de un ingreso básico universal

54. Las crisis económicas son una de las principales causas de depresión, y la inseguridad económica, una de las principales causas de ansiedad. Para reducir ambas, se podría reforzar la protección social para hacerla más universal y eliminar las condicionalidades que ejercen una presión permanente sobre los beneficiarios. En 2008, se demostró que la implantación en el estado de Oregón de un plan de acceso para personas con bajos ingresos a un seguro médico subvencionado (por valor de 550-750 dólares al año) redujo las tasas de depresión en aproximadamente una cuarta parte en pocos meses. Este ensayo controlado aleatorizado muestra que la principal contribución de los regímenes de protección social a la prevención de los problemas de salud mental reside en la sensación de seguridad que proporcionan, más que en el aumento de los niveles de ingresos que aportan⁹¹. La aportación de regímenes basados

⁸⁷ OCDE, documento OECD/LEGAL/0420.

⁸⁸ OMS y Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Mental Health at Work: Policy Brief* (Ginebra, 2022), pág. 4; y Michael Quinlan, “The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety”, *Conditions of Work and Employment Series*, núm. 67 (Ginebra, OIT, 2016).

⁸⁹ OMS, *Atlas de Salud Mental 2020*.

⁹⁰ Schneider y Harknett, “Consequences of routine work-schedule instability”.

⁹¹ Amy Finkelstein *et al.*, “The Oregon health insurance experiment: evidence from the first year”, *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 127, núm. 3 (agosto de 2012).

en derechos e incondicionales puede, por tanto, crear una sensación de seguridad y derecho a prestación, con importantes repercusiones positivas en la salud mental.

55. Por este motivo, el Relator Especial recomienda aplicar los regímenes de protección social en la mayor medida posible, sin una focalización excesiva y sin introducir condicionalidades que puedan desalentar la aceptación y crear la misma inseguridad que dichos regímenes pretenden evitar. Los regímenes de renta básica incondicional proporcionan el tipo de seguridad que puede prevenir los trastornos mentales relacionados con la incertidumbre económica. En un experimento de transferencias en efectivo incondicionales realizado en Malawi en 2008-2009, las escolares tenían alrededor de un 38 % menos de probabilidades de sufrir angustia psicológica que el grupo de control, mientras que la misma cifra era del 17 % si las ofertas de transferencias en efectivo se condicionaban a una asistencia escolar regular. Los investigadores que analizaron los resultados de la encuesta comentaron que cuando las transferencias se convierten en una fuente importante de ingresos para toda la familia y dependen de las acciones de la escolar beneficiaria, pueden llegar a ser una carga demasiado pesada para ella y jugar en contra de su salud mental⁹². El experimento Mincome, un ensayo de campo de renta anual garantizada llevado a cabo entre 1974 y 1979 en el Canadá, en la provincia de Manitoba, mostró una reducción del 8,5 % en la tasa de hospitalización del grupo experimental que recibía una renta básica en relación con el grupo de referencia por accidentes y lesiones y salud mental, así como una menor dependencia de los miembros del grupo experimental de los médicos, especialmente en el caso de la salud mental. Los investigadores concluyen que incluso una renta garantizada modesta puede suponer un ahorro significativo para el sistema sanitario⁹³. En Finlandia, 2.000 desempleados recibieron una renta básica incondicional de 560 euros al mes durante dos años (2017 y 2018). Los beneficiarios declararon mayor satisfacción vital, mejor salud, menos angustia mental y depresión, y mayores capacidades cognitivas en cuanto a memoria, capacidad de aprender cosas nuevas y capacidad de concentración que el grupo de referencia que no recibía renta básica⁹⁴.

56. Estas conclusiones fueron confirmadas por un metaestudio que englobaba 27 estudios de 9 intervenciones similares a la renta básica que proporcionaban pagos incondicionales a individuos o familias, muchas de ellas evaluadas mediante ensayos controlados aleatorios o métodos cuasiexperimentales sólidos. Los resultados revelaron importantes efectos positivos en los resultados de salud mental⁹⁵. Así pues, los programas incondicionales de transferencia en efectivo pueden ayudar significativamente a hacer frente a la elevada carga de morbilidad debida a problemas comunes de salud mental, como la depresión. Por lo tanto, estos programas (como el Subsidio de Ayuda a la Infancia en Sudáfrica) cumplen una importante función preventiva, ya que reducen los costes de la asistencia sanitaria y la necesidad de contar con personal sanitario formado y centros de tratamiento de salud mental⁹⁶.

⁹² Sarah Baird, Jacobus de Hoop y Berk Özler, “Income shocks and adolescent mental health”, documento de trabajo sobre investigaciones relativas a las políticas núm. 5644 (Banco Mundial, 2011), pág. 19.

⁹³ Evelyn L. Forget, “The town with no poverty: the health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment”, *Canadian Public Policy*, vol. 37, núm. 3 (septiembre de 2011).

⁹⁴ Miska Simanainen y Annamari Tuulio-Henriksson, “Subjective health, well-being, and cognitive capabilities”, en *Experimenting with Unconditional Basic Income: Lessons from the Finnish BI Experiment 2017-2018* (Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 2021).

⁹⁵ Marcia Gibson, Wendy Heaty y Peter Craig, “The public health effects of interventions similar to basic income: a scoping review”, *The Lancet: Public Health*, vol. 5, núm. 3 (marzo de 2020).

⁹⁶ Julius Ohrnberger *et al.*, “The effect of cash transfers on mental health: opening the black box – a study from South Africa”, *Social Science and Medicine*, vol. 260 (septiembre de 2020).

57. Los sistemas de renta básica incondicional también pueden ayudar a dar respuesta a las restricciones de ancho de banda cognitivo asociadas a la escasez. Las condicionalidades relativas a los programas de transferencias en efectivo y la excesiva focalización basada en la comprobación de recursos se traducen en complejos criterios de idoneidad bajo los que deben maniobrar los beneficiarios de las prestaciones bajo la amenaza de sanciones. De hecho, esta es una de las explicaciones de las elevadas tasas de rechazo de determinados regímenes de protección social, como los programas de renta mínima esenciales para las personas en situación de pobreza (véase [A/HRC/50/38](#), párrs. 17 y 55). Por el contrario, una renta básica incondicional garantiza una seguridad de ingresos previsible y una regularidad de pago que puede minimizar la interferencia con las preocupaciones diarias de los beneficiarios, mejorando así sus capacidades cognitivas⁹⁷.

C. Lucha contra la estigmatización y la discriminación

58. La estigmatización asociada a los trastornos mentales agrava el efecto negativo de los problemas de salud mental en la capacidad de las personas para salir de la pobreza⁹⁸. En 2012, la OMS puso en marcha la iniciativa Calidad y Derechos para mejorar la calidad de la atención, hacer frente a la estigmatización y la discriminación y promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales⁹⁹. Para reducir la estigmatización, podrían diseñarse planes específicos para ayudar a las personas a reintegrarse en el mercado laboral. Las personas con afecciones de salud mental podrían estar facultadas para elegir los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Podría aplicarse de manera más eficaz la legislación contra la discriminación, en particular mejorando la información de las personas sobre sus derechos¹⁰⁰. Esto está en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y con el objetivo 3 del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS¹⁰¹.

59. Para garantizar que las medidas contra la estigmatización y la discriminación estén bien fundamentadas y sean eficaces, debería contarse con personas que tengan experiencia tanto en trastornos mentales como en pobreza en el diseño de los planes de acción nacionales sobre salud mental.

D. Diseño de entornos urbanos equigénicos

60. El anterior Relator Especial sobre el derecho a la salud recomendó a los Estados que tomaran medidas para “restaurar y proteger los espacios verdes existentes a fin de apoyar las conexiones de la comunidad con la naturaleza, explorar el uso creativo del medio ambiente como forma de establecer relaciones, entre otros con el mundo natural, y facilitar la curación individual y comunitaria” ([A/HRC/44/48](#), párr. 75). El paisaje urbano puede transformarse para mejorar el acceso a espacios verdes y parques, con beneficios no solo para la salud mental, sino también para la salud social, definida como “la capacidad de formar y mantener relaciones, así como de

⁹⁷ Simanainen y Tuulio-Henriksson, “Subjective health”.

⁹⁸ Nicolas Ruesch, *The Stigma of Mental Illness: Strategies against Social Exclusion and Discrimination* (Elsevier, 2022).

⁹⁹ Véase www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas.

¹⁰⁰ Como orientación, OMS y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Mental Health, Human Rights, and Legislation: Guidance and Practice* (Ginebra, 2023); y las herramientas desarrolladas en el marco de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS.

¹⁰¹ OMS, “Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030”, pág. 27.

experimentar un sentimiento de conexión, aceptación y pertenencia”. Se fomenta el comportamiento prosocial y la conexión social facilitando el contacto con la naturaleza¹⁰².

61. Se pueden tomar iniciativas sanitarias para animar a la población, especialmente a los niños, a pasar más tiempo en la naturaleza¹⁰³. Aunque los profesionales de la salud recomiendan ahora a los pacientes interacciones más frecuentes con la naturaleza, un planteamiento aún más prometedor consiste en organizar actividades de grupo para implicar a las personas en actividades con la naturaleza, de forma que se conviertan en agentes activos y no en meros receptores pasivos, lo que también les brinda la oportunidad de entablar relaciones sociales¹⁰⁴.

VI. Conclusiones y recomendaciones

62. **El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS esboza la visión de un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones**¹⁰⁵.

63. **Para que esta visión se haga realidad, debemos pasar de un planteamiento biomédico a un planteamiento biopsicosocial al abordar los problemas de salud mental: de la psiquiatrización de la pobreza a enfrentar las causas estructurales de la depresión y la ansiedad. Para ello es necesario cuestionar la forma en que la economía trata a las mujeres y a los hombres (como recursos que hay que explotar y hacer lo más productivos posible), y la prioridad que se da a la economía productiva frente a la reproductiva. En lugar de aumentar el PIB, hay que centrarse en mejorar el bienestar.**

64. **Para hacer frente a los determinantes sociales de la depresión y la ansiedad, los Estados deben situar la lucha contra la pobreza y la desigualdad en el centro de las estrategias nacionales para mejorar la salud mental, y deben combatir el aumento de las desigualdades de renta y riqueza, la informalización y la deshomogenización del trabajo, la contractualización de la asistencia social y la segregación de la vivienda en las zonas urbanas, que se traduce en la privación de acceso a los espacios verdes para los niños de los barrios con bajos ingresos.**

65. **La ruptura de los círculos viciosos que vinculan la pobreza con los problemas de salud mental exige también desestigmatizar los trastornos mentales e invertir más en su prevención y tratamiento, como se señala en diversas resoluciones de la Asamblea General y el Consejo de Derechos Humanos**¹⁰⁶.

¹⁰² Arbuthnott, “Nature exposure and social health”.

¹⁰³ Jules Pretty y Jo Barton, “Nature-based interventions and mind-body interventions: saving public health costs whilst increasing life satisfaction and happiness”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, núm. 21 (1 de noviembre de 2020).

¹⁰⁴ Wesley Tate *et al.*, “Nature prescribing or nature programming? Complementary practices to increase time in nature to support mental health”, *Ecopsychology* (2024).

¹⁰⁵ OMS, “Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030”, párr. 20.

¹⁰⁶ Véanse la resolución 77/300 de la Asamblea General y las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos 32/18, 36/13 y 43/13.

66. Es fundamental la participación de las personas en situación de pobreza, incluidos los niños, en el diseño, la aplicación y la evaluación de las medidas que pretenden abordar los determinantes sociales de la mala salud mental que les afectan¹⁰⁷. Una participación significativa garantizará que las políticas estén mejor fundamentadas y, por tanto, sean más eficaces, ya que el conocimiento experiencial de las personas en situación de pobreza permite determinar mejor los obstáculos a los que se enfrentan los beneficiarios y la forma de sortearlos. También es un fin en sí misma. En consonancia con el derecho a la participación como derecho humano, tal y como se refleja en particular en el artículo 25 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en el artículo 38 de los Principios Rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, es un factor de empoderamiento. Permite a las personas en situación de pobreza colaborar en la elaboración de las políticas, contribuyendo así a la concienciación sobre los derechos y al aumento de la confianza, el capital social y los conocimientos de las personas en situación de pobreza¹⁰⁸. Solo a través de esta participación se encontrarán vías hacia la construcción de la economía de los derechos humanos.

¹⁰⁷ Un ejemplo prometedor es el proyecto “¿Qué opinas?” dirigido por el UNICEF en 2020-2022 para recabar la opinión de 150 niños de 6 a 17 años sobre su relación con las intervenciones de salud mental.

¹⁰⁸ Véase [A/HRC/23/36](#); y las directrices sobre el derecho a participar en los asuntos públicos ([A/HRC/39/28](#)). En cooperación con ATD Cuarto Mundo, el Relator Especial ha desarrollado una metodología para garantizar la participación efectiva de las personas en situación de pobreza mediante la puesta en marcha de procesos deliberativos para el diseño y la evaluación de políticas. La herramienta conocida como IDEEP (relativa a la elaboración y evaluación inclusivas y deliberativas de las políticas) se presentó en Washington, D. C., el 15 de febrero de 2024, en una conferencia organizada por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Podría orientar, por ejemplo, el desarrollo de planes de acción nacionales sobre salud mental, con el fin de garantizar la plena integración de las preocupaciones y las propuestas de las personas en situación de pobreza.