



SALUD MENTAL Y DESARROLLO:

Poniendo el objetivo en las personas
con problemas de salud mental como
un grupo vulnerable



**Organización Mundial
de la Salud**



**Mental Health and
Poverty Project**

SALUD MENTAL Y DESARROLLO:

Poniendo el objetivo en las personas
con problemas de salud mental como
un grupo vulnerable

Datos de Catalogación en Publicación de la OMS

Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable / Michelle Funk ... [et al].

1. Salud mental. 2. Pobreza – psicología. 3. Poblaciones vulnerables. 4. Política de salud. 5. Estatus de salud. I. Funk, Michelle. II. Drew, Natalie. III. Freeman, Melvyn. IV. Faydi, Edwige. V. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978-9962-642-65-7

(Clasificación NLM: 362 Or3)

© Organización Mundial de la Salud 2010

Todos los derechos reservados Las Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se pueden obtener en WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Las solicitudes para obtener permiso para reproducir o traducir publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o distribución no comercial – deben estar dirigidas a WHO Press, a la dirección antes mencionada (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud en relación con el estatus legal de cualquier país, territorio, ciudad o área o de sus autoridades, fronteras o límites. Las líneas punteadas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que todavía no se ha alcanzado un acuerdo final.

La mención de compañías específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que sean apoyados o recomendados por la Organización Mundial de la Salud preferentemente sobre otros de naturaleza similar que no sean mencionados. A excepción de errores y omisiones, los nombres propios de productos son identificados por letras mayúsculas iniciales.

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones pertinentes para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, los materiales publicados están siendo distribuidos sin ningún tipo de garantía expresada o implícita. La responsabilidad por la interpretación y uso de los materiales recae en el lector. La Organización Mundial de la Salud no será de ninguna manera responsable por daños que surjan de su uso.

Solo los autores nombrados son responsables de las opiniones expresadas en esta publicación.

Fotos de la portada acreditadas:

- Frontal (de arriba hacia abajo): 1. Organización Panamericana de la Salud; 2. Foto de las Naciones Unidas/ Logan Abassi; 3. Foto de las Naciones Unidas/John Isaac
- Atrás, comuna izquierda (de arriba hacia abajo): 1. Foto de las Naciones Unidas/F. Mattioli; 2. Foto de las Naciones Unidas/Paulo Filgueiras; 3. OMS; 4. OMS/ Edwige Faydi.
- Atrás, columna derecha (de arriba hacia abajo): 1. Foto de las Naciones Unidas/x; 2. OMS/Christopher Black; 3. OMS/Indian Law Society; 4. OMS/Marko Kokic

Página 33 fotos acreditadas:

- Fila superior: 1. Foto de las Naciones Unidas/F. Mattioli; 2. OMS/ Edwige Faydi; 3. OMS/Christopher Black; 4. UN Foto/x. Fila inferior: 1. Foto de las Naciones Unidas/Paulo Filgueiras; 2. OMS; 3. OMS/Indian Law Society; 4. OMS/Marko Kokic.

Impreso en Italia por «La Tipografica Varese S.p.A.»

Contenido

Reconocimientos	v
Prefacio – Organización Mundial de la Salud	vii
Declaraciones de apoyo	viii
▪ Su Alteza Princesa Muna Al Hussein , Reino Hashemita de Jordania	viii
▪ Shuaib Chalklen , Relator Especial de las Naciones Unidas sobre Discapacidad para la Comisión de Desarrollo Social	viii
▪ Elena Chávez , Presidenta, ALAMO (Organización de usuarios de servicios de salud mental), Lima, Perú	ix
▪ Dr Francesco Colizzi , Presidente, Asociación Italiana Amici di Raoul Follereau (AIFO), Italia .	ix
▪ Matrika Devkota , Presidente, Koshish, Una Organización de Auto Ayuda de Salud Mental, Nepal	x
▪ Professor Dr Allen Foster , Presidente, Christoffel Blindenmission (CBM), Alemania	x
▪ Anand Grover , Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental	xi
▪ Clemens Huitink , Empleado de políticas, Asuntos Internacionales, Asociación Holandesa para Salud Mental y Tratamiento de Adicciones (GGZ Nederland)	xii
▪ Noreen Huni , Director Ejecutivo, Iniciativa Regional de Apoyo Psicosocial (REPSSI) y Presidenta, Equipo Regional de Tareas Interagencia sobre Niños y SIDA (RIATT), África del Sur	xii
▪ Akiko Ito , Jefa, Secretaría para la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades/Punto Focal de las Naciones Unidas sobre Discapacidad, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UN DESA)	xiii
▪ Jorma Julin , , Director General, Departamento para Políticas de Desarrollo, Ministerio de Relaciones Exteriores, Finlandia	xiii
▪ Dr Soccoh Alex Kabia , Ministro de Bienestar Social, Asuntos de Género y de la Infancia, Sierra Leone .	xiv
▪ Sylvester Katontoka , Presidente, Red de Usuarios de Salud Mental de Zambia	xv
▪ Caroline Fei-Yeng Kwok , Maestría en Educación, Servicios de salud mental, Toronto, Canadá	xvi
▪ Tomás López Corominas , Presidente, HIERBABUENA, Asociación para la Salud Mental, Asturias, España	xvi
▪ Honorable Bob McMullan , MP, Secretario Parlamentario para la Asistencia Internacional de Desarrollo, Gobierno de Australia	xvii
▪ Liebling Elizabeth Marlow , Miembro, Asociación Psychiatric Survivors, Fiji	xviii
▪ Professor Wilfred Mlay , Embajador para World Vision Africa.	xviii
▪ Gerard Quinn , Director, Centro de Legislación y Políticas sobre Discapacidad, Universidad Nacional de Irlanda, Galway, Irlanda	xix
▪ Nydia Rengifo , Presidente, Fundación “Yo tengo mi espacio”, Panamá	xix
▪ Pablo Rivero Corte , Director General, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, España .	xx
▪ Maria Isabel Rodríguez , Ministra de Salud y Bienestar, San Salvador, El Salvador	xx
▪ Honorable Clay Forau Soalaoi , MP, Ministro de Salud y Servicios Médicos, Islas, Salomón . . .	xxi
▪ Charlene Sunkel , Coordinadora: Movimiento Gauteng de Abogacía del Usuario (GCAM); Presidenta: Movimiento Surafricano para la Abogacía de la Salud Mental ISAMHAM)	xxi
▪ Chris Underhill , MBE, Director Fundador, BasicNeeds, Reino Unido	xxii
▪ Anil Vartak , Secretario, Asociación para la Concienciación de la Esquizofrenia (SAA), Pune, India	xxiii

Resumen Ejecutivo	xxiv
Introducción	xxiv
Las personas con problemas de salud mental comprenden un grupo vulnerable	xxv
Otros grupos vulnerables presentan altas tasas de afecciones mentales	xxv
Mejorando los resultados del desarrollo: principios y acciones	xxvii
Todas las partes interesadas en el desarrollo tienen importantes roles que jugar	xxvii
1. Introducción	1
2. Las personas con problemas de salud mental comprenden un grupo vulnerable	7
2.1 ¿Qué hace que los grupos sean vulnerables?	8
2.2 Las personas con problemas de salud mental son objeto de estigma y discriminación	8
2.3 Las personas con problemas de salud mental son objeto de violencia y abuso	10
2.4 Las personas con problemas de salud mental son objeto de restricciones en el ejercicio de sus derechos civiles y políticos	12
2.5 A las personas con problemas de salud mental no se les permite participar plenamente en la sociedad	14
2.6 Las personas con problemas de salud mental no tienen acceso a servicios de salud ni a servicios sociales	15
2.7 Las personas con problemas de salud mental no tienen acceso a los servicios de ayuda en emergencias	17
2.8 Las personas con problemas de salud mental no tienen oportunidades educativas y tienen resultados educativos más deficientes	19
2.9 A las personas con problemas de salud mental se les niegan las oportunidades de empleo y otras oportunidades de generación de ingresos	21
2.10 Las personas con problemas de salud mental son objeto de discapacidad significativa y muerte prematura	24
2.11 Resumen	25
3. Otros grupos vulnerables presentan altas tasas de afecciones mentales .	32
4. Mejorando los resultados del desarrollo: principios y acciones	33
4.1 Principios generales	34
4.2 Acciones específicas	35
4.2.1 Proporcionar tratamiento y atención física y mental integrada a través de la atención primaria	35
4.2.2 Integrar los asuntos de salud mental en las políticas, programas y asociaciones de salud mental más amplias	39
4.2.3 Integrar la salud mental en los servicios durante y después de emergencias	40
4.2.4 Incluir los asuntos de salud mental dentro del desarrollo de los servicios sociales, incluyendo vivienda	42
4.2.5 Incorporar los asuntos de salud mental en la educación	43
4.2.6 Incluir a las personas con problemas de salud mental en los programas de generación de ingresos	46

4.2.7 Fortalecer la protección de los derechos humanos para las personas con problemas de salud mental	49
4.2.8 Desarrollar el potencial de las personas con problemas de salud mental para participar en los asuntos públicos	52

5. Todas las partes interesadas en el desarrollo tienen importantes roles que jugar	55
5.1 Sociedad civil	56
5.2 Gobierno	58
5.3 Instituciones académicas y de investigación	59
5.4 Agencias bilaterales, alianzas globales y fundaciones privadas	59
5.5 Agencias multilaterales	61
Conclusión	63
Referencias	65

Este informe sobre salud mental y desarrollo es en memoria de Edwige Faydi. Su compromiso con la salud mental así como su energía y actitud positiva estarán presentes a lo largo de este informe, y ella será recordada por sus muchos colegas y amigos alrededor del mundo.

Reconocimientos

Conceptualización y gestión global

Dra. Michelle Funk, Coordinadora, Equipo de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental y Dr. Benedetto Saraceno, Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud (OMS) Ginebra, Suiza.

Autores

Informe escrito por la Dra. Michelle Funk, Sra. Natalie Drew, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra) y Profesor Melvyn Freeman, Departamento Nacional de Salud, Pretoria, África del Sur.

Sección sobre los problemas de salud mental de otros grupos vulnerable con la Dra. Edwige Faydi, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra).

Sección sobre Emergencias con el Dr. Mark Van Ommeren, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra).

Sección sobre el rol de los interesados en el desarrollo con la Sra. Audrey Kettaneh, París, Francia.

Edición

Dra. Michelle Funk (OMS/Ginebra), Dra. JoAnne Epping-Jordan, Seattle, EUA, Sra. Natalie Drew (OMS/Ginebra), Dra. Edwige Faydi (OMS/Ginebra) y Dr. Benedetto Saraceno (OMS/Ginebra).

Revisión técnica, comentarios y guía

Equipo de Salud Mental y Pobreza (MHaPP): Profesor Alan J. Flisher, Profesor Crick Lund y Dra. Joanne Corrigan, Universidad de Cape Town, Cape Town, República de África del Sur y Profesor de Investigación de Servicios Sociales, Escuela Londinense de Economía y Ciencias Políticas, Reino Unido.

OMS: Dr. Ini Huijts (OMS/Ginebra), Sra. Helena Nygren Krug (OMS/Ginebra), Sra. Alana Officer (OMS/Ginebra), Dr. Vladimir Poznyak (OMS/Ginebra), Dr. Shekhar Saxena (OMS/Ginebra), Dr. Phyllida Travis (OMS/Ginebra) y Dr. Taghi Yasamy (OMS/Ginebra).

Expertos internacionales: Profesor José Miguel Caldas de Almeida, Facultad de Ciencias Médicas, Nueva Universidad de Lisboa, Portugal; Sr. Matrika Devkota, Presidente, Koshish, Una Organización de Auto Ayuda de Salud Mental, Nepal; Dr. Stefan Germann, Director, Aprendizaje y Asociaciones, World Vision International Ginebra, Suiza; Sr. Clemens Huitink, Empleado de Políticas, Asociación Holandesa

de Relaciones Internacionales para Salud Mental y Tratamiento de Adicción (GGZ Nederland), Holanda; Sr. Sylvester Katontoka, Presidente, Red de Usuarios de Salud Mental de Zambia; Sra. Caroline Fei-Yeng Kwok, Maestría en Educación, Toronto, Canadá; Dr. Itzhak Levay, División de Servicios de Salud Mental, Ministerio de Salud, Israel; Sr. Tomas López Corominas, Presidente de “HIERBABUENA, “organización de usuarios de servicios de salud mental”, Asturias, España; Sra. Liebling Elizabeth Marlow, miembro, Asociación Psychiatric Survivors, Fiji; Dr. Vikram Patel, Profesor de Salud Mental Internacional e Investigador Clínico Senior de Wellcome Trust en Medicina Tropical, Escuela Londinense de Higiene y Medicina Tropical y Sangath, Goa, India; Dra. Soumitra Pathare, Clínica Ruby Hall, Pune, India; Dr. Graham Thornicroft, Profesor de Psiquiatría Comunitaria, Departamento de Investigación de Servicios de Salud y Población, Instituto de Psiquiatría, King’s College Londres, Reino Unido; Sr. Anil Vartak, Secretario, Asociación para la Concienciación de la Esquizofrenia (SAA), Pune, India; Sra. Charlene Sunkel, Movimiento Gauteng de Abogacía del Usuario (GCAM); Presidenta: Movimiento Surafricano para la Abogacía de la Salud Mental (SAMHAM).

Apoyo investigativo

Pasantes trabajando previamente con el Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental (OMS/Ginebra): Elyssa Campbell, Loren Mathias, Alison Leung, Scott Tanaka, Lindy Feigenbaum, Rebecca Wolf, Dra. Samantha Battams y Shin Daimyo.

Apoyo administrativo:

Adeline Loo (OMS/Ginebra), Frances Kaskoutas (OMS/Ginebra)

Diseño gráfico y diagramación:

Inis Communication, www.inis.ie

Este informe se ha generado como parte de un Consorcio de Programas de Investigación titulado “El Proyecto de Salud Mental y Pobreza” (MHaPP) financiado por el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) (DFID número de contrato: RPC HD6 2005 – 2010). MHaPP está examinando las intervenciones a nivel de políticas que se requieren para romper el círculo vicioso de pobreza y problemas de salud mental, con el fin de generar lecciones para una cantidad de países de ingresos bajos y medios bajos. Las opiniones expresadas en este informe no son necesariamente las mismas de DFID.

<http://www.psychiatry.uct.ac.za/mhapp>;

http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html

La elaboración y producción de este informe también ha sido posible gracias al apoyo financiero del Gobierno de España.

Prefacio – Organización Mundial de la Salud

Es con gran placer que presento este informe sobre *Salud Mental y Desarrollo: poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. Sobre la base de evidencias extraídas de una revisión integral de la literatura científica y estudios de investigación, así como también de fuentes de datos de las Naciones Unidas, agencias gubernamentales y no gubernamentales para el desarrollo, este informe plantea favorablemente que las personas con problemas de salud mental representan un grupo vulnerable y, como tal, merecen atención específica en las iniciativas de desarrollo.

Como se podrá leer en este documento, las personas con problemas de salud mental se encuentran entre los grupos más marginalizados y vulnerables. A menudo son excluidas de las principales actividades sociales y económicas, al igual que del proceso de adopción de decisiones en torno a los asuntos que las afectan. Sus derechos humanos se violan con frecuencia y no se les brindan oportunidades educativas y vocacionales para que logren desarrollar todo su potencial. Teniendo en cuenta su extrema vulnerabilidad, resulta paradójico que las personas con problemas de salud mental hayan sido, en su mayor parte, excluidas de la agenda del desarrollo.

Es a través del trato a los sectores vulnerables de la sociedad que vemos la verdadera prueba de la obligación de los gobiernos de proteger, respetar y ejercer los derechos de la población. Las partes interesadas en el desarrollo tienen importantes obligaciones en este sentido. Según se establece en este informe, el desarrollo que solo mejora las vidas de algunas personas – en tanto que otras permanecen tan mal o peor que antes – es fundamentalmente deficiente en naturaleza. Mejorar las vidas de las personas más vulnerables puede considerarse como el objetivo medular del desarrollo.

Si los programas de desarrollo ponen su objetivo en estos grupos, las personas con afecciones mentales estarán facultadas para alcanzar sus metas y participar plenamente en la sociedad. Con el fin de lograrlo, estas personas deben tener acceso a las oportunidades y los servicios, estar liberadas del estigma y la discriminación y sentirse libres para ejercer sus derechos humanos fundamentales.

Las declaraciones de apoyo que en este informe proporcionan diversas partes interesadas en el desarrollo, incluyendo los usuarios de los servicios, organizaciones no gubernamentales y gobiernos, sirven de evidencia a los enormes desafíos que están por delante y al creciente número de partes interesadas en el desarrollo que trabajan para atraer la atención hacia estos asuntos. La Organización Mundial de la Salud está comprometida a hacer su parte para lograr este objetivo y exhorta a las otras partes interesadas a tomar las medidas correspondientes.

Dr. Ala Alwan

**Subdirector General, Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental,
Organización Mundial de la Salud, Ginebra.**

Declaraciones de apoyo

Su Alteza Princesa Muna Al Hussein, Reino Hashemita de Jordania

Tengo el placer de comentar sobre el invaluable informe de salud mental y desarrollo. El informe ofrece a los países directrices y acciones concretas que son potencialmente benéficas para las personas con trastornos mentales, sus cuidadores y la comunidad en general.

Como naciones de este mundo, es nuestro deber satisfacer plenamente los derechos humanos y establecer programas nacionales de desarrollo que respalden la inclusión de las personas vulnerables. El respeto de los derechos humanos brindará a las personas una oportunidad para que estén a la altura de sus posibilidades y contribuyan a la sociedad.

Nosotros en Jordania, estamos dedicados a mejorar las condiciones de las personas vulnerable, reconociendo que esto realzará los resultados del desarrollo. La reforma de la salud mental requiere del desarrollo de programas especialmente diseñados a empoderar a las personas con afecciones mentales a lograr su completa ciudadanía e inclusión en la sociedad.

Extiendo mis felicitaciones a la Organización Mundial de la Salud por asumir el liderazgo en este importante tema y por ser la motivación para este trabajo, el cual amplificará las voces de los grupos desfavorecidos e inspirará a las naciones hacia la acción.

Este informe es una importante fuente de inspiración para todas las partes interesadas en el desarrollo. Nuestro reto es ahora incluir la salud mental, no solamente en la agenda de salud pública, sino también en la agenda de los derechos humanos y el desarrollo. Estoy segura que trabajando juntos podemos tomar las medidas significativas y necesarias para materializar las recomendaciones del informe.

Shuaib Chalklen, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre Discapacidad para la Comisión de Desarrollo Social

La continua marginalización de las personas con discapacidades – especialmente problemas mentales – sigue siendo una prioridad para la Oficina del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre Discapacidad. Mis dos predecesores incluyeron este tema en su declaración de prioridades de la misma manera que yo lo he hecho en la mía.

La situación de las personas con problemas de salud mental que viven en condiciones de pobreza – incluyendo en África y otros países en desarrollo – necesita atención inmediata. Uno de nuestros retos más apremiantes es cambiar las actitudes hacia las personas con discapacidades, incluyendo aquellas con problemas de salud

mental. Necesitamos crear conciencia de la situación que enfrentan estas personas y comprometernos a luchar por su dignidad y sus derechos.

Elena Chávez, Presidente, ALAMO (Organización de usuarios de los servicios de salud mental), Lima, Perú

Nosotros, ALAMO, un grupo de usuarios de los servicios de salud mental en Perú, deseamos subrayar la importancia de este informe que documenta claramente la vulnerabilidad social de las personas con trastornos mentales y las acciones que pudieran tomar las partes interesadas en el desarrollo *para mejorar sus vidas*.

Aunque somos personas que tenemos algunos problemas de salud mental, podemos desarrollar nuestras capacidades. La situación social imperante en la que nos encontramos, en especial la pobreza, es la verdadera causa de nuestra vulnerabilidad y el principal obstáculo para superar nuestra vulnerabilidad

En mi país, Perú, algunas personas con afecciones mentales que tienen un alto nivel económico no son objeto de exclusión. Se les llama “rayadas” o “chifladas”. Son aceptadas porque tienen acceso a medicinas, se ven bien, tienen casas y autos de lujo. El resto, es decir, el 98% de nosotros, estamos excluidos; nos llaman “locos” y somos consideradas personas peligrosas.

Este informe es un recurso importante para la implementación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Brindará apoyo a las intervenciones beneficiosas en nuestros países, encaminadas a reducir nuestra pobreza, promover el respeto por nuestra dignidad y el derecho a capacidad jurídica, garantizarnos el ejercicio de nuestros derechos humanos, económicos y sociales y brindarnos las mismas oportunidades que se le brindan a otras personas en la comunidad.

Dr. Francesco Colizzi, Presidente, Asociación Italiana Amici di Raoul Follereau (AIFO), Italia

Las personas con afecciones mentales se encuentran entre los grupos de personas más marginados y excluidos en diferentes sociedades. Su mayor vulnerabilidad aunada al estigma y la discriminación social, a menudo significa pobreza y violación de los derechos humanos.

Nuestra Asociación ha decidido trabajar con los grupos de personas más marginados y excluidos, y nuestra experiencia de los últimos veinte años en programas de base comunitaria en diferentes partes del mundo, subraya la importancia de la incorporación, lo que significa redes de interacción con todas las instituciones y servicios existentes que están involucrados en el trabajo de desarrollo, para garantizar que las personas con afecciones mentales puedan tener acceso a todas las oportunidades correctas.

Como psiquiatra trabajando en colaboración con las personas con afecciones mentales y sus organizaciones en Italia y como presidente de AIFO/Italia que trabaja con personas con discapacidades y personas con afecciones mentales en Asia, África y América del Sur, me gustaría expresar mi agradecimiento y apoyo a este informe que promueve un enfoque integral al bienestar mental y un rol activo para las personas con problemas de salud mental y sus familias. Cuando se brinda apoyo y capacitación a las personas con afecciones mentales para que asuman un rol activo a través de asociaciones y grupos de auto ayuda, ellas se convierten en los mejores defensores de su derecho a la dignidad y al desarrollo.

AIFO desea afirmar su compromiso para usar las recomendaciones de este informe en nuestro trabajo para la preparación e implementación de programas de salud mental.

Matrika Devkota, Presidente, Koshish, Una Organización de Auto Ayuda de Salud Mental, Nepal

Nosotros, las personas con afecciones mentales, no tenemos acceso a tratamiento. Nosotros, las personas con afecciones mentales, estamos buscando apoyo médico, psicológico y social. Creemos que el apoyo médico y social deben ir juntos.

Nosotros, las personas con afecciones mentales, estamos enfrentando altos niveles de estigma y discriminación. Cuando se nos tacha de tener un problema de salud mental, experimentamos privación social: perdemos nuestros trabajos, perdemos el prestigio social y nos aislamos de la familia y la sociedad. Las mujeres son especialmente afectadas. Si usted es mujer, tiene más probabilidades de divorciarse como consecuencia de tener un problema de salud mental y menos probabilidades de recibir tratamiento y apoyo social. Para la mayor parte de todo el resto de las enfermedades, como el cáncer y los problemas cardíacos, la sociedad reconoce el valor del tratamiento. Desafortunadamente, para los problemas de salud mental existen muchos conceptos equivocados, lo que significa que si alguien padece un problema de salud mental, la familia y la sociedad se dan por vencidas, ya que el problema es considerado intratable y difícil de manejar. Es una gran tragedia que muchas personas queridas que padecen problemas mentales sean encadenadas, encerradas en habitaciones oscuras, así como también encarceladas. Las personas con afecciones mentales son excluidas de la vida social.

Nosotros respaldamos contundentemente las recomendaciones del informe y esperamos ver que se le preste atención y apoyo a nuestras inquietudes.

Profesor Dr. Allen Foster, Presidente, Christoffel Blindenmission (CBM), Alemania

CBM acoge el informe de la Organización Mundial de la Salud, *Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. El informe aporta pruebas y argumenta que las personas con

afecciones mentales son un grupo marginado y vulnerable, a menudo excluido de las actividades tradicionales de la sociedad, incluyendo la atención de la salud, debido a los prejuicios, la ignorancia y el miedo. Esto es especialmente cierto en los países de ingresos bajos.

Muchos problemas de salud mental se pueden prevenir o tratar, pero la falta de servicios de salud a nivel comunitario resulta en afecciones y discapacidad innecesarias. Las personas con afecciones mentales no solo enfrentan problemas a causa de sus afecciones, sino también de la discapacidad que resulta de las actitudes y prácticas de la sociedad, las cuales las excluyen de la participación. El estigma, la pérdida de dignidad y la falta de los derechos humanos básicos hacia las personas con afecciones mentales siguen siendo frecuentes, y en los países de ingresos bajos esto está más pronunciado debido a la pobreza y a las pocas oportunidades de obtener un sustento para ellas mismas y sus familias.

CBM, como agencia para el desarrollo, ha estado trabajando por más de 100 años en países de ingresos bajos para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidades. CBM se complace en aliarse con la Organización Mundial de la Salud y otros grupos interesados para promover los derechos de las personas con afecciones mentales y mejorar la prestación de buenos servicios de salud comunitaria, como parte de la agenda de desarrollo más amplia.

Anand Grover, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Es para mí un honor dar la bienvenida al Informe sobre *Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud como un grupo vulnerable*. El informe es un recordatorio oportuno sobre el hecho de que pese a las obligaciones del gobierno de respetar, proteger y satisfacer los derechos de las personas con afecciones mentales, como se encuentra consagrado en los tratados internacionales de derechos humanos, incluyendo la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, sus derechos siguen siendo excluidos e ignorados.

El informe muestra que las personas con afecciones mentales tienen más probabilidad de experimentar discapacidad significativa y están en un riesgo considerablemente más alto de morir en forma prematura comparado con la población general. Las razones incluyen la falta de acceso a los servicios de salud, sociales y de emergencia; la discriminación y las violaciones de los derechos humanos de las personas con afecciones mentales y la falta de empoderamiento.

Por lo tanto, una parte importante de la respuesta tiene que ser la de empoderar a las personas con afecciones mentales. Históricamente, la promoción y el activismo de la sociedad civil han desempeñado un papel central en la tarea de garantizar que los temas como el VIH/SIDA y la salud materno-infantil hayan reivindicado el lugar que les corresponde en las agendas nacionales e internacionales de desarrollo. La ley

internacional de los derechos humanos exige que las personas posean el derecho a participar en los procesos de toma de decisiones a nivel local, nacional e internacional. Aun así, las personas con afecciones mentales continúan siendo marginadas en los procesos de toma de decisiones que las afectan directamente. Este informe refuerza el mensaje crucial con respecto a que los gobiernos y otras partes interesadas en el desarrollo necesitan tomar acciones positivas para llegar a este grupo de personas e involucrarlas activamente en todas las etapas del diseño, implementación y monitoreo de políticas, leyes y servicios que las afectan, incluyendo estrategias, planes y programas de desarrollo. Esto requiere, a fin de cuentas, el desarrollo del potencial y la inversión en personas con afecciones mentales. Los beneficios comprobados son demasiado evidentes en el área del VIH. El desarrollo de capacidades y el empoderamiento constituyen un buen augurio de una mejor gobernabilidad y desarrollo de la sociedad como un todo.

Este informe llena de esta forma una importante laguna y proporciona guía esencial para las acciones que todos los grupos interesados en el desarrollo deben emprender con el fin de mejorar la situación de los derechos humanos para las personas con afecciones mentales y dirigir a la sociedad hacia un mejor futuro para todos.

Clemens Huitink, Empleado de políticas, Relaciones Internacionales, Asociación Holandesa para Salud Mental y Tratamiento de Adicciones (GGZ Nederland)

Acogemos este informe de la OMS sobre *Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. Basados en nuestra práctica, sabemos que hasta ahora, las personas con afecciones mentales pasan a menudo desapercibidas cuando de ayuda al desarrollo se trata. La salud mental no es un tema muy “sexy” para los diseñadores de políticas y los gobiernos y, por tanto, se omiten con frecuencia.

Este informe argumenta a favor de una inter-vinculación entre salud mental y una variedad de otros temas pertinentes a los asuntos de desarrollo. Demuestra en forma convincente que si se brinda ayuda al desarrollo, pero no se presta atención a las necesidades de salud mental de la población, resulta a menudo contraproducente. De manera similar, también resulta contraproducente si las personas que están directamente afectadas por problemas de salud mental y sus familias no son tomadas en cuenta en los procesos de elaboración de políticas.

GGZ Nederland cree firmemente que la solidaridad entre los países y los sistemas para llevar las políticas de salud mental a un nivel más “avanzado”, nos adelantará en el complicado camino hacia el desarrollo. El marco de este nuevo informe nos guiará para continuar con el trabajo que ya estamos realizando y para incrementar nuestros esfuerzos en miras a encontrar más aliados a lo largo del camino.

Noreen Huni, Directora Ejecutiva, Iniciativa Regional de Apoyo Psicosocial (REPSSI) y Presidenta, Equipo Regional de Tareas Inter-agencia sobre Niños y SIDA (RIATT), África del Sur

Yo respaldo plenamente el argumento en este excelente y oportuno documento y espero trabajar con la OMS en su esfuerzo para propugnar los derechos económicos, sociales y cívicos de las personas con afecciones mentales dentro de los procesos globales, regionales y nacionales de desarrollo.

Felicito a la OMS por este importante trabajo, dirigido a las políticas, estrategias e intervenciones de desarrollo con el fin de promover la inclusión de las personas con afecciones mentales en los programas de reducción de la pobreza y generación de ingresos. Este informe refuerza nuestras actuales estrategias de acción y ayudará a guiar las futuras investigaciones.

Akiko Ito, Jefa, Secretaría para la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades/ Punto Focal de las Naciones Unidas sobre Discapacidad, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UN DESA)

Las Naciones Unidas abogan por los derechos humanos y el desarrollo para *todos* – con o sin discapacidades – como metas fundamentales y como bases esenciales para la paz, la seguridad y la prosperidad. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, junto con otros instrumentos de derechos humanos y desarrollo, trabaja a favor de esta causa. La implementación de la Convención se debe llevar al siguiente nivel mediante los esfuerzos de todas las partes interesadas dirigidos al empoderamiento de las personas con discapacidades, especialmente de aquellas cuyas situaciones aun no han sido plenamente abordadas, incluyendo las personas con problemas de salud mental.

El informe *Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable* aborda una gran cantidad de asuntos que requieren atención inmediata para la implementación de la Convención sobre personas con afecciones mentales. Como se demuestra en esta publicación, necesitamos eliminar las barreras en la participación y el acceso que enfrentan las personas con afecciones mentales en sus vidas diarias. Todas las iniciativas de desarrollo deben poder llegar a las personas con afecciones mentales con el fin de que sean tanto beneficiarias como agentes para el desarrollo, la premisa de una sociedad para todos.

A medida que la comunidad internacional se prepara para la Cumbre 2010 en septiembre, la cual analizará el progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, su mensaje es claro: colocar a las personas con discapacidades – incluyendo aquellas con problemas de salud mental – y a sus comunidades en el corazón de nuestros

esfuerzos. es una manera comprobada de hacer avanzar la agenda del desarrollo. Tenemos que continuar trabajando para su implementación y su universalidad.

Jorma Julin, Director General, Departamento para Políticas de Desarrollo, Ministerio de Relaciones Exteriores, Finlandia

Los hallazgos de este informe son altamente relevantes para las autoridades finlandesas.

En cualquier sociedad, algunos grupos de personas enfrentan un mayor grado de vulnerabilidad que otros. Estos grupos se describen como ‘vulnerables’ porque están más propensos a sufrir las consecuencias negativas en caso de que se presenten factores de estrés externos. Cualquier evento adverso de la vida impulsa a los individuos o comunidades vulnerables a la pobreza, o como a menudo es el caso, a hundirse más en la pobreza. Los grupos vulnerables están particularmente indefensos en estas situaciones porque tienen además menos probabilidades de ser formalmente representados o de tener una voz en el proceso de toma de decisiones.

Las políticas para el desarrollo y la reducción de la pobreza con frecuencia no llegan a los grupos vulnerables a menos que estén específicamente diseñadas para ello. Se necesitan iniciativas con objetivos específicos para llegar a estos grupos y empoderarlos. Esto es especialmente cierto en el caso de las personas con afecciones mentales. Como se describe en este informe, las personas con afecciones mentales suelen vivir silenciosamente en las afueras de sus comunidades, o en establecimientos de estadía prolongada, plagadas con la falta de esperanza para el futuro. Por lo tanto, no es de sorprender que hayan escapado a la atención de la mayoría de los programas de desarrollo.

Esta ‘falta de atención’ debe terminar. Como se relata convincentemente en este informe, las personas con problemas de salud mental satisfacen los principales criterios de vulnerabilidad. Independientemente de si están o no reconocidas, estas personas viven en todas las comunidades y en todos los países. Al invertir en las personas con afecciones mentales, los resultados del desarrollo mejorarán aún más. Sin embargo, se requiere que la atención se focalice en estas personas para poder asegurar que están siendo incluidas.

Desde la década de 1990, Finlandia consideró el tema de la salud mental en la política internacional de salud. Al decir que no hay salud sin salud mental, hemos hecho énfasis en que la salud mental se debe convertir en parte integral de la salud pública en todas sus dimensiones. En segundo lugar, hemos destacado que no solo necesitamos mejorar el tratamiento de las personas con problemas de salud mental, sino que debemos empezar a invertir en la promoción de la salud mental.

El planteamiento del tema de la pobreza y la salud mental en el contexto de la labor de desarrollo se adapta a los dos principios por los que hemos abogado: proporciona

a la salud mental la visibilidad que merece como un componente esencial de la salud y aborda uno de los determinantes fundamentales de la salud mental, y general.

Dr. Soccoh Alex Kabia, Ministro de Bienestar Social, Asuntos de Género y de la Infancia, Sierra Leona

Este informe llega en un momento oportuno para la gente en Sierra Leona. La Política Nacional de Salud Mental que inicié en 2008–2009 como Ministro de Salud, con pleno respaldo de nuestro presidente, acaba de ser finalizada. Ahora necesitamos contar con todo el apoyo y la participación de las agencias y aliados en el desarrollo para la implementación exitosa de esta estrategia crucial.

La salud mental es parte indivisible de la salud y el desarrollo. Es una verdad universal. Después del conflicto, y en el contexto de la pobreza que afectó y continúa afectando las vidas de millones de habitantes en Sierra Leona, la atención a la salud mental es un factor crucial. Como se destaca en este informe, se necesita un enfoque integral dirigido a mejorar la atención de la salud, pero también la vivienda, educación, empleo, acceso a justicia, derechos civiles y participación para poder abordar las múltiples necesidades de las personas con problemas de salud mental. Las actividades de promoción de la salud mental y prevención de los problemas de salud mental también son cruciales y se deben apoyar a medida que el país se recupera de los 11 años de conflicto, durante los cuales se destruyó no solo la infraestructura sino que tuvo además un efecto traumático en el país representando un mayor riesgo de morbilidad en el área de la salud mental. Entre otros problemas, la morbilidad incluye abuso de alcohol y drogas, síndrome de estrés postraumático y psicosis, y trastorno bipolar.

Se ha elaborado un Plan y Política Nacional Estratégica de Salud Mental sobre la base de los resultados de un análisis integral de la situación. Todos intervienen en la dirección correcta buscando proporcionar un servicio de salud mental efectivo para la nación.

Sin embargo, se tendrá que hacer frente a los retos claves, especialmente en el área de los recursos humanos y financieros. Las agencias de desarrollo y los socios tienen por tanto un rol importante que jugar para incluir la salud mental en todos los programas de desarrollo y para apoyar los esfuerzos del gobierno dirigidos a la realización de los derechos humanos fundamentales de todos los ciudadanos, mientras se presta especial atención a las personas más vulnerables.

Sin lugar a dudas, la salud mental es necesaria para el desarrollo nacional exitoso. Esperamos fervientemente poder continuar contando con el apoyo de todas las partes interesadas en el desarrollo para que dirijan el camino.

Sylvester Katontoka, Presidente, Red de Usuarios de Salud Mental de Zambia

El informe sobre Salud Mental y Desarrollo atrae la atención hacia un tema de salud y desarrollo que ha sido descuidado por mucho tiempo. Este asunto es actualmente de gran importancia ya que la evidencia demuestra que los problemas de salud mental son tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. A menos que se tomen en

cuenta los derechos humanos y las necesidades de las personas con discapacidades mentales, es poco probable que se logre erradicar la pobreza y la violación de los derechos humanos en el mundo. Un estimado de 450 millones de personas a escala mundial están padeciendo discapacidades mentales y muchas están afectadas por problemas de estigma y discriminación generalizada, haciéndolas vulnerables a la violencia, la explotación, el abuso físico y sexual, desnutrición, afecciones e incluso muerte.

En años recientes, existe una convicción general creciente de que a menos que los derechos de las personas con discapacidades mentales sean incorporados en los sectores de desarrollo, las personas seguirán atrapadas en un círculo vicioso de pobreza y afecciones mentales.

Poniendo el objetivo en las personas con discapacidades mentales dentro de los programas de desarrollo reducirá indudablemente los niveles de pobreza y acelerará el ritmo del desarrollo económico, social y humano. Se necesita la cooperación mundial acompañada de la acción para garantizar que las personas con discapacidad mental reciban el apoyo en sus esfuerzos para desarrollar todo su potencial y para llevar vidas productivas y satisfactorias. El apoyo directo a las políticas y programas del país debe incorporar la salud mental para ayudar a reducir y responder a las necesidades de las personas con discapacidades mentales.

**Caroline Fei-Yeng Kwok, Maestría en Educación,
Toronto, Canadá, autora de *Free to Fly: A Story of Manic
Depression*; versión china, titulada 個精神病患者的新生**

Este informe acerca de los retos que enfrentan las personas con problemas de salud mental está muy bien fundamentado. Como inmigrante china, sobreviviente de trastorno bipolar y viviendo en Toronto, Canadá, estoy muy de acuerdo con las recomendaciones formuladas en el informe que son tan importantes para los países desarrollados como para los países en vías de desarrollo. Me gustaría destacar dos asuntos específicos. El primero es que las personas con afecciones mentales están sometidas a estigma y discriminación. En muchos países existe un intenso estigma social hacia las personas con afecciones mentales. Esto se debe a la falta de educación en salud mental y al concepto tradicional de que las afecciones mentales son una deshonra para la familia. Esto se ve reforzado por la imagen negativa que presentan los medios de comunicación. El segundo asunto es que los individuos con afecciones mentales no tienen acceso a los servicios de salud ni a servicios sociales. Como nueva inmigrante en Toronto, no sabía de la existencia de ningún servicio de apoyo social o de salud mental después de mi hospitalización. Me encontraba sin saber qué hacer y aislada en el frío invierno de Toronto. Además, mi madre, que no hablaba inglés, no recibía ningún apoyo profesional como cuidadora, a pesar de sus visitas diarias para verme en el hospital. En nuestro mundo de hoy, hay muchas personas que padecen afecciones mentales y espero sinceramente que existan más servicios y programas que aborden nuestras necesidades y las necesidades de nuestras familias.

Tomás López Corominas, Presidente, HIERBABUENA,, Asociación para la Salud Mental, Asturias, España (Organización de usuarios de servicios de salud mental)

Somos decenas de millones, sin embargo hay una significativa falta de conocimiento en relación con el padecimiento mental y sus consecuencias en las vidas de todas las personas afectadas. La ignorancia lleva a un mal entendimiento que a su vez lleva al miedo, y este miedo se convierte en estigma que distorsiona la realidad y transforma nuestro sufrimiento en muchas formas de discriminación, lo cual multiplica nuestros problemas, incluyendo la probabilidad de recaídas y los costos personales, sociales y financieros para nuestras vidas. Si esto sucede en los países desarrollados, no es difícil imaginarse los extremos de sufrimiento que se pueden alcanzar en lugares con menos recursos, donde las personas con afecciones mentales están aún más olvidadas.

Todos tenemos una responsabilidad con la salud mental de los demás. Adicionalmente, todas las organizaciones tienen el deber de ayudar a sus ciudadanos en desventaja. El logro de una mayor atención política traerá los recursos sociales y de salud necesarios para proporcionar una respuesta adecuada a los problemas de salud mental. Una abogacía que logre que los asuntos de salud mental sean visibles, ayudará a combatir el estigma y la discriminación. Tanto la atención política como la abogacía pueden revertir el nivel de sufrimiento que experimentamos.

Expreso mi sincero agradecimiento a la OMS y a todos sus colaboradores, quienes a través de este diagnóstico exacto de la situación, hacen eco de nuestra simple demanda por justicia, y nos exhorta a hacer que nuestras voces sean escuchadas y a tener esperanza. Ya es hora de que las personas involucradas adopten e implementen las recomendaciones formuladas en este importante informe con el fin de lograr el cambio tan anhelado.

El Honorable Bob McMullan, MP, Secretario Parlamentario para la Asistencia Internacional de Desarrollo, Gobierno de Australia

Las afecciones mentales son un factor común en todos los países. El tratamiento y la atención son complejos y toma tiempo cambiar las actitudes de la comunidad y el estigma que rodea a estos problemas.

Australia está empeñada en reducir la pobreza y lograr un desarrollo sostenible en los países en desarrollo, y mejorar las respuestas a las personas con afecciones mentales es un elemento fundamental para lograrlo.

Acojo este importante informe de la OMS: es un recordatorio oportuno de cómo los gobiernos y los aliados en el desarrollo necesitan dar una mayor prioridad a la salud mental. Al igual que la OMS, Australia trabaja estrechamente con los gobiernos aliados para mejorar los resultados de la salud sobre la base de sólidos planes nacionales de salud. Estos planes son una indicación de cómo los gobiernos priorizan la salud mental, cómo responderán y qué apoyo requerirán de las agencias de desarrollo.

Australia está comprometida a demostrar su liderazgo en la cooperación internacional y regional para promover el desarrollo de la inclusión de la discapacidad. Nuestra estrategia *Desarrollo para Todos** se enfoca en mejorar la calidad de vida de los niños, mujeres y hombres con todas las formas de discapacidad. Incluye desarrollar el potencial de las Organizaciones para Personas Discapacitadas y ayudar a los países aliados – especialmente los países de Asia y el Pacífico – para implementar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. A menos que se satisfagan las necesidades de las personas con discapacidad, incluyendo las de las personas con afecciones mentales, no será posible lograr los propósitos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2015.

Liebling Elizabeth Marlow, miembro, Asociación de Sobrevivientes Psiquiátricos, Fiji

Brindo mi apoyo incondicional a este informe sobre *Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas mentales como un grupo vulnerable*.

Sin lugar a dudas, las personas con problemas de salud mental satisfacen todos los criterios de vulnerabilidad, pero no se está haciendo lo suficiente para mejorar su situación. Como usuaria de los servicios de salud mental, puedo hablar de este tema con alguna autoridad. La realidad es esta: al igual que todo el mundo, las personas con afecciones mentales tienen la simple necesidad de trabajar y vivir una vida normal en su comunidad con sus amigos y su familia. El rol principal de las agencias, cuyos objetivos están dirigidos a proteger la salud y los derechos humanos de los grupos vulnerables y marginados, debe enfocarse en satisfacer esta simple necesidad.

Profesor Wilfred Mlay, Embajador para World Vision Africa

El reporte *Salud Mental y Desarrollo: Poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable* aborda un tema que se ha ido postergando por mucho tiempo y necesita atención inmediata. En mi rol anterior como líder del desarrollo, ayuda y abogacía de World Vision, por más de 10 años, con operaciones en 26 países africanos, especialmente en el contexto de nuestro trabajo en relación con el VIH, he visto de primera mano que si los temas de salud mental, tales como la depresión, no son abordados, estarán limitando significativamente los esfuerzos por el desarrollo. Como consecuencia, World Vision Africa abrió el camino para la implementación a gran escala del método de Psicoterapia Interpersonal para Grupos (IPT-G). Un estudio de ensayo clínico realizado en 2002 por Columbia University y John Hopkins** mostró un descenso significativo en la gravedad general de los síntomas de depresión y en la cantidad de personas diagnosticables con depresión

* *Desarrollo para Todos es un programa australiano de ayuda para la inclusión de la discapacidad 2009–2014*. Canberra, Australian Agency for International Development (AusAID), November 2008.

** Bolton, P. Bass, J. Neugebauer, R. Verdelli, H. Clougherty, KF. Wickramaratne, P. Speelman, L. Ndogoni, L. Weissman, M. 2003. Group Interpersonal Psychotherapy for Depression in Rural Uganda A Randomized Controlled Trial, *JAMA* 2003;289:3117–3124.

entre las personas que recibieron IPT-G, en comparación con el grupo de control. En términos programáticos, este estudio también ha demostrado la factibilidad de esta intervención a través de facilitadores, sin capacitación en salud mental, pero capacitados en IPT-G, ejecutada por ONGs tales como World Vision. Como agencias de desarrollo, necesitamos responder al reto que nos impone este informe. Debemos incluir a las personas con afecciones mentales en nuestros programas. Este es un asunto de derechos humanos al igual que un asunto de calidad de programa. La experiencia de World Vision con IPT-G muestra que las agencias de desarrollo pueden hacer una contribución significativa al logro de resultados positivos de salud mental a nivel comunitario.

También me gustaría agradecer a la OMS por este excelente informe. Este informe ayudará a disipar los mitos y malas interpretaciones que mantienen los diseñadores de políticas sobre este tema. También proporciona la dirección correcta en cuanto a por qué, qué y cómo se deben tomar acciones para corregir la situación actual.

Gerard Quinn, Director, Centro de Legislación y Políticas sobre Discapacidad, Universidad Nacional de Irlanda, Galway, Irlanda

El Centro de Legislación y Políticas sobre Discapacidad acoge con gran agrado este informe. Como director del Centro, estuve encargado de dirigir la delegación de Rehabilitación Internacional durante las sesiones del grupo de trabajo que elaboró la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). También tuve el honor de contribuir con la redacción del Artículo 32 sobre Cooperación Internacional.

Debido a que la gran mayoría de las personas con discapacidades viven en países en vías de desarrollo, resulta obvio que se darán muy pocos cambios a menos que el enfoque de las agencias de asistencia al desarrollo sea mucho más inclusivo. Este informe muestra qué cosas se necesitan hacer para que el Artículo 32.1.(a) de la Convención sobre 'desarrollo inclusivo' sea una realidad. En este sentido, es un aporte muy importante para el avance de la CDPD.

Pienso que el énfasis de este informe en el desarrollo del potencial de las personas con discapacidades mentales es especialmente importante. En muchas maneras, la mejor forma y a la vez la forma más sostenible de desarrollo, se centra en empoderar a las mismas personas que padecen el problema. Debido a su relativa invisibilidad en el proceso político, las personas con discapacidades mentales necesitan esto por encima de otros grupos. La CDPD se enfoca en proteger a las personas vulnerables contra la violencia, la explotación y el abuso. También insta el apoyo social para garantizar la participación en todos los aspectos de la vida. Con mayor importancia, la Convención busca restaurar la voz y visibilidad de las mismas personas con discapacidad. La convención no tendrá éxito si simplemente se reduce a un grupo de normas con las cuales rebatir leyes y prácticas obsoletas. Solo podrá tener verdadero éxito si se transforma el mismo proceso que produce leyes inadecuadas. No hay una mejor forma de hacerlo que la de permitir que las personas aboguen por sí mismas y ocupen su lugar en todas las políticas y

otras decisiones que impactan sus oportunidades en la vida. Por esta razón, valoro especialmente la importancia que da este informe al desarrollo del potencial.

Nydia Rengifo, Presidenta, Fundación “Yo tengo mi espacio”, Panamá

Nuestra fundación reafirma la importancia de este informe sobre salud mental y desarrollo, en particular, su énfasis en la vulnerabilidad de las personas con problemas de salud mental. Nuestra Fundación, creada en Panamá en 2005, es una entidad sin fines de lucro cuyo principal objetivo es brindar apoyo a las personas con discapacidad mental crónica. Con el fin de satisfacer sus necesidades, estamos llevando a cabo un programa conocido como el “Centro de enseñanza y capacitación laboral para personas que padecen discapacidad mental crónica”. En concordancia con las recomendaciones del informe de la OMS, nuestra fundación trabaja con personas que padecen problemas mentales para proporcionarles oportunidades de educación, empleo y vivienda, y también abordar sus necesidades de salud en general.

Nuestros principales propósitos son promover los derechos de las personas con problemas de salud mental y su inclusión social. Para que esto suceda a una mayor escala, se requiere el compromiso de todos los actores del desarrollo. Los gobiernos, donantes y la sociedad civil, en particular, y las asociaciones de usuarios y familiares de los servicios, necesitan trabajar en estrecha colaboración para ofrecer mejores oportunidades que permitan el desarrollo de las personas con problemas de salud mental.

Pablo Rivero Corte, Director General, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, España

La evidencia presentada a lo largo de este informe demuestra claramente cómo se pueden mejorar los resultados del desarrollo si el objetivo se dirige a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. La integración de la salud mental en la atención primaria mejorará tanto los resultados de salud física como los de salud mental. La implementación de programas de la primera infancia resultaría en reducciones cuantificables de los problemas de salud mental, los delitos y el desempleo en la edad adulta. Los programas de salud basados en las escuelas ayudarían a prevenir la aparición o la exacerbación de los problemas de salud mental, y a garantizar que se maximice el número de niños que finalizan la escuela. Los programas de empleo, en los que las personas con problemas de salud mental realizan trabajos remunerados con apoyo y capacitación continua, darían como resultado mayores tasas de empleo, mejores salarios y también mejor salud mental. Las medidas legales para proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental pondrán un alto a la violación y promoverán la autonomía, la libertad y la dignidad. Es importante promover la participación de los usuarios de los servicios de salud mental en los procesos de toma de decisiones con el fin de garantizar que las políticas y los servicios se ajusten a sus necesidades. En forma colectiva, la implementación de estas intervenciones permitiría que las personas lleven una vida satisfactoria.

Acojo este informe sobre la vulnerabilidad de las personas con problemas de salud mental. El informe refuerza nuestras actuales estrategias de acción y ayudará a guiar las futuras investigaciones.

María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud y Bienestar, San Salvador, El Salvador

La Ministra de Salud y Bienestar del Gobierno de El Salvador tiene el firme compromiso de instaurar políticas dirigidas a proporcionar atención integral de salud mental a la población.

Esto se refleja en el Plan Estratégico Ministerial 2009–2014 del país, el cual incluye disposiciones para la promoción de la atención integral de la salud mental, la reducción del abuso de drogas y alcohol y la necesidad de identificar y hacer frente a los aspectos de salud mental relacionados con los problemas sociales comunes en El Salvador, tales como la violencia. La Política Nacional de Salud Mental, recientemente aprobada, también refuerza la necesidad de acción en estas áreas.

El Ministerio de Salud y Bienestar del Gobierno de El Salvador respalda plenamente el Informe de la OMS sobre *Salud Mental y Desarrollo*. Este importante documento es una herramienta clave para la elaboración de políticas de salud alrededor del mundo que promueve la atención de la salud mental.

El Honorable Clay Forau Soaloi, MP, Ministro de Salud y Servicios Médicos, Islas Salomón

Como bien relata en forma convincente este informe, las personas con problemas de salud mental satisfacen los criterios de vulnerabilidad. Independientemente de si están o no reconocidas, estas personas viven en todas las comunidades y en todos los países. En las Islas Salomón, los problemas de salud mental constituyen una preocupación importante. La prevalencia es alta debido a que la salud mental está muy influenciada por los factores sociales y económicos, incluyendo el desempleo y las dificultades financieras. Las creencias culturales que se basan en que los problemas de salud mental son causados por influencias sobrenaturales, tales como espíritus ancestrales o brujería, complican el estigma y hacen que las personas desistan de buscar atención temprana. Las Islas Salomón tienen una extensión de 1500 km., el 82 por ciento de la población vive en áreas rurales, pero los servicios se concentran en las áreas urbanas, lo que trae como resultado que una alta proporción de personas no tenga acceso a la atención que necesita. El acceso a los servicios de salud mental está todavía más limitado debido a la falta de profesionales de la salud con especialización en salud mental.

Las Islas Salomón han adoptado una serie de acciones con el fin de hacer frente a esta situación y llegar a este grupo vulnerable, incluyendo la elaboración de la primera política nacional en salud mental en su historia, la capacitación de una amplia gama de profesionales de la salud para que puedan dar un mejor apoyo a las personas con afecciones mentales, y la participación de otras partes interesadas claves, incluyendo los líderes comunitarios, tales como jefes tribales, pastores de la iglesia y personas jóvenes para mejorar su entendimiento y respuesta a los problemas de salud mental dentro de

la comunidad. Estoy ampliamente de acuerdo con el mensaje de este Informe cuando indica que al invertir en las personas con afecciones mentales, se pueden mejorar los resultados del desarrollo en beneficio de los individuos, sus familias y sus comunidades.

Charlene Sunkel, Coordinadora: Movimiento Gauteng de Abogacía de los Usuarios (GCAM); Presidenta: Movimiento Surafricano de Abogacía por la Salud Mental (SAMHAM)

Estoy totalmente de acuerdo con el contenido de este informe y respaldo las afirmaciones en cuanto a la importancia de dirigir el objetivo hacia las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable.

En esta declaración, no solo me estoy representando a mí misma como usuaria de los servicios de salud mental (diagnosticada con esquizofrenia en 1991), sino que también estoy representando al Movimiento Gauteng de Abogacía de Usuarios (GCAM) – un proyecto de la Sociedad Central Gauteng de Salud Mental (CGMHS) y el Movimiento Surafricano de Abogacía por la Salud Mental (SAMHAM) – un proyecto facilitado por la Federación Surafricana para la Salud Mental (SAFMH). Ambos movimientos se enfocan en: empoderar a las personas que padecen discapacidad mental para que aboguen por ellas mismas; promover los derechos de las personas con discapacidad mental y combatir el estigma y la discriminación que se vinculan al padecimiento de los problemas mentales.

Debemos aceptar a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable al que se le debe dar prioridad en la agenda de desarrollo. Al hacer esto, debemos combatir el estigma y la discriminación que actúan como barreras al acceso de los servicios, a la obtención de igual reconocimiento de los derechos humanos básicos y a la inclusión y reintegración en la sociedad. También es vital que los movimientos de abogacía, tales como GCAM y SAMHAM, fomenten un firme vínculo con los movimientos nacionales e internacionales, ONG de salud mental, Gobierno y otras partes interesadas, a fin de que juntos podamos identificar y abordar las necesidades y los derechos de las personas con problemas de salud mental, y garantizar que se nos incluya en el proceso de toma de decisiones y se nos proporcionen las oportunidades para influir en la legislación y las políticas que serían las más beneficiosas para las personas con problemas de salud mental.

Chris Underhill, MBE, Director Fundador, BasicNeeds, Reino Unido

Considero que este informe es una atrevida y bien acogida contribución a un enfoque integral al bienestar mental que va más allá de la salud. Argumenta a favor de la integración de la salud mental dentro de los programas de desarrollo tradicionales, cuyos enfoques van desde la salud física, emergencias y derechos humanos hasta vivienda y reducción de la pobreza. El argumento para integrar la salud mental en el desarrollo se construye desde la perspectiva de la vulnerabilidad. De hecho, no hay duda de que la experiencia de las afecciones mentales es una experiencia de vulnerabilidad, tanto para la persona como para su familia.

Sin embargo, si se atienden los principios y las acciones del informe, entonces estaremos en posición de avanzar más allá de la retórica de la vulnerabilidad, hacia una retórica de posibilidad. En efecto, en cuarenta años trabajando en el campo de la discapacidad y el desarrollo, he estado más impactado por las posibilidades que por las vulnerabilidades o las discapacidades. Como Director Fundador de Acción sobre Discapacidad y Desarrollo, tuve el privilegio de ver cuán eficaz resulta cuando vemos a una mujer de Ruanda hablar desde una silla de ruedas en un foro público para defender sus derechos, de acuerdo con las recomendaciones contenidas en las acciones específicas de este informe.

Al igual que con la discapacidad física, también sucede con la discapacidad psicosocial. En los diez años transcurridos desde que fundé BasicNeeds, una ONG que implementa el Modelo para Salud Mental y Desarrollo, he observado que haber logrado que una persona regrese a trabajar, ya sea conduciendo un tractor, sembrando vegetales o vendiendo textiles, es una de las formas más poderosas de superar, no solo la pobreza sino también el estigma.

El informe hace bien en recordarnos a todos que “la integración es un proceso, no un evento”, y como tal, requiere un compromiso sostenido. Me hace recordar mi propia perspectiva con respecto a que el desarrollo en sí mismo es un proceso y no un evento. La sostenibilidad de este trabajo se podrá asegurar mejor si seguimos sus consejos y desarrollamos el potencial de los usuarios de los servicios y sus cuidadores para que participen plenamente en la vida pública y las decisiones que los afectan. Los grupos de auto ayuda para usuarios de los servicios de salud mental están surgiendo a lo largo de África y Asia a medida que hablamos. Espero que este informe sirva de inspiración para que muchas organizaciones abran sus puertas a este nuevo e importante movimiento, ya que debemos unirnos en un esfuerzo mutuo con sus miembros para promover el proceso de desarrollo.

Anil Vartak, Secretario, Asociación para la Concienciación de la Esquizofrenia (SAA), Pune, India

Este informe es una excelente adición que ayudará a las partes interesadas, a nivel macro y micro, a entender, apreciar e incorporar los temas relacionados con las personas que padecen afecciones mentales en la planificación e implementación de los proyectos de desarrollo. El informe muestra varias maneras para incorporar los temas relacionados con la salud mental en la agenda del desarrollo.

La Asociación para la Concienciación de la Esquizofrenia se siente complacida de que en los últimos diez años, incluso con modestos recursos financieros/mano de obra, ha hecho posible que varias personas con discapacidades disfruten una mejor calidad de vida en diferentes niveles – económico, social, cultural – y como seres humanos. Estamos contentos de ver que estos esfuerzos se multiplicarán e institucionalizarán si las partes interesadas en el desarrollo incorporan los temas de salud mental en sus agendas. Nuestra asociación está siempre dispuesta a compartir sus experiencias de los últimos años.

Resumen ejecutivo

Este informe presenta pruebas convincentes de que las personas con problemas de salud mental satisfacen los principales criterios de vulnerabilidad. El informe también describe cómo la vulnerabilidad puede conducir a un deterioro de la salud mental y cómo los problemas de salud mental están generalizados pero usualmente no son abordados en los grupos identificados como vulnerables. El informe propone que la salud mental se debe incluir en las estrategias y planes de desarrollo más amplios y sectoriales, y que las partes interesadas en el desarrollo tienen importantes roles que desempeñar para garantizar que las personas con afecciones mentales sean reconocidas como un grupo vulnerable y no sean excluidas de las oportunidades de desarrollo. Las acciones recomendadas en este informe proporcionan un punto de partida para lograr estos objetivos.

Mensajes claves de este informe

- Las personas con problemas de salud mental satisfacen los criterios de vulnerabilidad.
- Debido a que las personas con problemas de salud mental son vulnerables, ameritan ser los objetivos de las estrategias y planes de desarrollo.
- Las diferentes partes interesadas en el desarrollo tienen importantes roles que desempeñar en el diseño e implementación de políticas y programas para llegar a las personas con problemas de salud mental y en incorporar las intervenciones de salud mental en las estrategias y planes de desarrollo nacionales más amplios y sectoriales.
- Los programas de desarrollo y sus políticas asociadas deben proteger los derechos de las personas con afecciones mentales y desarrollar su potencial para participar en los asuntos públicos.
- Las acciones recomendadas en este informe proporcionan un punto de partida para lograr estos objetivos.

Introducción

A pesar de su vulnerabilidad, las personas con problemas de salud mental – incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y drogas, problemas de salud mental en niños y adolescentes e impedimentos intelectuales – han pasado ampliamente desapercibidas como un objetivo del trabajo del desarrollo. Esto sucede a pesar de la alta prevalencia de los problemas de salud mental, su impacto económico en las familias y las comunidades, y la estigmatización, discriminación y exclusión asociadas. La necesidad para que los esfuerzos del desarrollo se dirijan a las personas con problemas de salud mental, está además reforzada por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual exige la incorporación de los asuntos de discapacidad en las estrategias para el desarrollo sostenible.

Dos paradigmas del desarrollo, la necesidad de mejorar la eficacia de la ayuda y el uso de un enfoque en los derechos humanos, se deben tomar en consideración cuando se examinan las acciones que se pueden tomar para garantizar que las personas con problemas de salud mental sean incluidas en los programas de desarrollo.

Hacer énfasis en mejorar la eficacia de la ayuda es cambiar la forma en que las partes interesadas en el desarrollo están trabajando: hacia un mayor enfoque en los planes nacionales de desarrollo más amplios y planes sectoriales de propiedad del país, y una unificación y alineamiento más concertados entre las partes interesadas en relación con temas, tales como los mecanismos de financiamiento. El mayor énfasis en la planificación de propiedad del país ha destacado la necesidad de alianzas efectivas, de procesos de toma de decisiones inclusivos y de una sociedad civil enérgica que exprese y haga sentir sus problemas e inquietudes. Es la primera vez que a la sociedad civil se le presenta una oportunidad como ésta para influir directamente en los procesos nacionales; este acontecimiento debe ser plenamente aprovechado.

El enfoque al desarrollo, basado en los derechos humanos, reconoce la protección y promoción de los derechos humanos como un objetivo explícito del desarrollo. Este enfoque, aunado con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), impone una obligación en los países para garantizar que se protejan los derechos de las personas con afecciones mentales y que las personas con discapacidades sean incluidas y tengan acceso a los esfuerzos en pro del desarrollo.

Las personas con problemas de salud mental comprenden un grupo vulnerable

De acuerdo con un análisis de importantes proyectos y publicaciones presentadas por las partes interesadas en el desarrollo, las personas con problemas de salud mental satisfacen los principales criterios de vulnerabilidad. Estas personas son diariamente objeto de estigma y discriminación y experimentan índices extremadamente altos de victimización física y sexual. Frecuentemente, las personas con afecciones mentales encuentran restricciones en el ejercicio de sus derechos políticos y civiles y en su capacidad para participar en los asuntos públicos. También están restringidas en su capacidad para acceder a los servicios esenciales de atención sanitaria y social, incluyendo los servicios de ayuda en emergencias. La mayoría de las personas con problemas de salud mental enfrentan barreras desproporcionadas para asistir a la escuela y encontrar empleo. Como consecuencia de todos estos factores, las personas con problemas de salud mental están mucho más propensas a experimentar discapacidad y a morir prematuramente, en comparación con la población general.

Otros grupos vulnerables presentan altas tasas de afecciones mentales

Mirando la situación desde una perspectiva diferente, la vulnerabilidad puede conducir a una salud mental deficiente. El estigma y la marginalización generan baja auto-estima, falta de confianza en sí mismo, reducción de la motivación y menos esperanza en el futuro. Adicionalmente, el estigma y la marginalización resultan en aislamiento, lo cual se considera un importante factor de riesgo para la aparición de futuros problemas de salud mental. La exposición a la violencia y el abuso pueden causar serios problemas de

salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, dolencias psicosomáticas y trastornos por abuso de sustancias. Igualmente, la salud mental se ve negativamente impactada cuando se infringen los derechos civiles, económicos, políticos y sociales, o cuando las personas son excluidas de oportunidades de educación o de actividades que generan ingresos. El abordaje de los problemas de salud mental en grupos vulnerables puede facilitar, de manera más general, los resultados del desarrollo, incluyendo una mejor participación en las actividades económicas, sociales y cívicas.

Mejorando los resultados del desarrollo: principios y acciones

Si algunos principios y acciones que se desarrollaron a partir de las mejores prácticas y de acuerdo con la CDPD, se integran en las estrategias y planes nacionales de desarrollo y sectoriales, podemos mejorar significativamente las vidas de las personas con afecciones mentales y mejorar así los resultados del desarrollo para estas personas, sus familias y sus comunidades.

Como punto de partida, las partes interesadas en el desarrollo deben reconocer a las personas con afecciones mentales como un grupo vulnerable y dichas personas deben ser consultadas en relación con todos los asuntos que las afectan. Se deben elaborar políticas, estrategias e intervenciones que estén dirigidas específicamente a estas personas, y las intervenciones de salud mental se deben incorporar en estrategias más amplia de reducción de la pobreza y el trabajo de desarrollo. Para hacer de la implementación una realidad, se deben asignar fondos adecuados a las intervenciones de salud mental y a los esfuerzos por la incorporación, y se debe estimular a los beneficiarios para que aborden las necesidades de las personas con afecciones mentales como parte de su trabajo de desarrollo. A nivel de país, se debe buscar y apoyar a las personas con afecciones mentales para que participen en las oportunidades de desarrollo en sus comunidades.

Se pueden tomar diferentes acciones a nivel de país para mejorar los resultados del desarrollo de las personas con afecciones mentales. Los servicios de salud mental son económicos y accesibles, y se deben brindar en escenarios de atención primaria e incorporarse dentro de los servicios generales de salud. A un nivel más amplio, los temas de salud mental se deben integrar en las políticas de salud mental, planes de implementación y desarrollo de recursos humanos de los países, y también se deben reconocer como un tema importante a considerar en las iniciativas globales y multisectoriales, tales como la Asociación Internacional por la Salud, la Alianza Mundial de Profesionales de la Salud y la Red Métrica de Salud. Otras acciones que se pueden tomar a nivel de país incluyen la (re)construcción de los servicios de salud mental de base comunitaria (durante y después de emergencias), los cuales pueden atender a las poblaciones más allá del periodo inmediatamente después de una situación de emergencia. Se deben desarrollar sólidos vínculos entre los servicios de salud mental, vivienda y otros servicios sociales, debido a que los problemas de salud mental a menudo coexisten con algunos otros problemas, tales como la falta de un lugar donde vivir. El acceso a las oportunidades educativas también es esencial para mejorar las vidas de las personas con afecciones mentales. Las partes interesadas en el desarrollo juegan papeles claves en alentar a los países a facilitar el acceso a las oportunidades educativas, así como también en apoyar los programas de la primera infancia que han demostrado ser efectivos para grupos vulnerables. Teniendo en cuenta que los problemas de salud mental están asociados con altos

índices de desempleo, las personas con estos problemas deben ser incluidas en los programas de generación de ingresos. Los subsidios y el apoyo a las actividades de pequeños negocios tienen beneficios comprobados, no solo para las personas con afecciones mentales, sino también para sus familias y comunidades. También resulta esencial que las partes interesadas en el desarrollo se centren en mejorar la protección de los derechos humanos de las personas con afecciones mentales, creando así ambientes favorecedores. Finalmente, el desarrollo de capacidades de las personas con afecciones mentales les permitirá participar plenamente en los asuntos públicos.

Todas las partes interesadas en el desarrollo tienen importantes roles que jugar

Las partes interesadas en el desarrollo tienen importantes roles que jugar en lo que respecta a facilitar la implementación de los principios y acciones recomendadas en este informe. Las contribuciones por parte de las partes interesadas en el desarrollo tienen lugar en los diferentes niveles de políticas, planificación, implementación y financiamiento de los servicios a nivel de país, así como también en la defensa nacional e internacional de las prioridades de salud mental. Un rol común a todas las partes interesadas en el desarrollo es promover la implementación de la CDPD.

La sociedad civil puede jugar un importante papel en brindar apoyo a las personas con afecciones mentales para que tengan acceso a los recursos necesarios y para integrarlas plenamente en la comunidad, a través de la prestación directa de servicios y abogacía. Los servicios suministrados por la sociedad civil pueden incluir atención de la salud, servicios sociales, programas de educación y proyectos de subsistencia (generación de ingresos). Además, la sociedad civil puede abogar ante el gobierno y los donantes por la necesidad de reconocer y apoyar a las personas con problemas de salud mental.

De todas las partes interesadas en el desarrollo, los gobiernos tienen el rol más importante que jugar, creando ambientes favorables, reduciendo el estigma y la discriminación, promoviendo los derechos humanos y mejorando la calidad y cantidad de los servicios (educación, salud, servicios sociales y reducción de la pobreza). Adicionalmente, tienen la obligación de implementar los compromisos, tales como la Agenda de Acción de Accra, la CDPD y otras convenciones sobre derechos humanos. Con el fin de mejorar los resultados del desarrollo, los diferentes sectores del gobierno no solo necesitan integrar la salud mental en su propio sector, sino también trabajar en colaboración con otros sectores del gobierno y la sociedad civil. Al igual que la sociedad civil, el gobierno puede brindar apoyo para crear y fortalecer grupos de usuarios de los servicios de salud y ofrecer oportunidades para que estos grupos expresen sus opiniones y participen en el proceso de toma de decisiones.

Las instituciones académicas y de investigación pueden ayudar a mejorar los resultados del desarrollo generando y sintetizando los hallazgos investigativos pertinentes a las políticas, así como también desarrollando la capacidad para realizar

e interpretar investigaciones a nivel local. Si la investigación se formula e implementa adecuadamente, puede informar acerca de la planificación e implementación de los programas de desarrollo y la asignación de los escasos recursos humanos y financieros. Además de crear y gestionar el conocimiento, las instituciones académicas y de investigación tienen un papel clave que jugar en el desarrollo de capacidades de los diseñadores de políticas, planificadores y proveedores de los diferentes sectores.

Las agencias bilaterales y las organizaciones internacionales de financiamiento, como socios claves de los gobiernos y la sociedad civil en asuntos relacionados con el desarrollo, pueden abogar por una serie de temas de salud mental: el reconocimiento de las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable; la inclusión de los temas de salud mental en los instrumentos de desarrollo; la integración de las intervenciones de salud mental en la atención primaria; la incorporación de los asuntos de salud mental en otros sectores, tales como educación y servicios sociales; la identificación de las personas con problemas de salud mental como beneficiarios importantes de las intervenciones de reducción de la pobreza; y la reforma legal y regulatoria para proteger los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. También pueden mejorar los resultados del desarrollo respaldando el establecimiento y formación de grupos de usuarios de los servicios y financiando a estos grupos para que participen en los asuntos públicos y el trabajo de abogacía. Además, tienen un rol muy importante que jugar para garantizar que se brinden los recursos financieros en el área de salud mental donde se ha identificado que existe un vacío.

Como resultado de su diversidad, las Naciones Unidas y otras organizaciones multilaterales pueden jugar diferentes roles para mejorar los resultados del desarrollo. A nivel global, tienen una importante función de abogacía para colocar a la salud mental en una posición más alta en la agenda y asegurar que se le asigne el financiamiento adecuado. A nivel de país, pueden exhortar a los estados miembros a ratificar la CDPD y apoyarlos en su implementación. La reforma de las Naciones Unidas a nivel internacional y nacional, requiere la integración de planes de trabajo y presupuestos entre las agencias (por ejemplo, el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo), lo que puede facilitar la priorización de este grupo vulnerable. Las organizaciones multilaterales también están en una posición favorable que les permite abogar para que la salud mental sea incluida en las políticas y planes nacionales y sectoriales, e identificar dónde y cómo se puede mejorar la coordinación entre los sectores a través de los roles que juegan en relación con la planificación nacional. Estos incluyen reforzar la capacidad gubernamental para preparar, desarrollar y examinar las estrategias, planes y presupuestos nacionales para el desarrollo, y participar en la coordinación de los mecanismos del sector y otros mecanismos más amplios para el apoyo del país.

Una importante prioridad enunciada en los programas de desarrollo es mejorar los resultados del desarrollo para los grupos vulnerables. Todas las partes interesadas en el desarrollo tienen la responsabilidad de garantizar que las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable, tengan la oportunidad de mejorar sus condiciones de vida y llevar vidas satisfactorias en sus comunidades.

1. Introducción

Las personas que están excluidas ... no son "igual" al resto de los pobres, sólo pobres. También están en desventaja por lo que son o dónde viven, y como resultado, han sido excluidos de los beneficios del desarrollo.

—Gareth Thomas, diputado, subsecretario parlamentario de Estado para Desarrollo Internacional del Reino Unido¹



Las partes interesadas en el desarrollo han reconocido a los grupos vulnerables como importantes beneficiarios de su atención y sus programas. El Ministerio del Reino Unido para el Desarrollo Internacional (DFID por sus siglas en inglés), por ejemplo, ha indicado que los grupos vulnerables no recibirán los beneficios del desarrollo a menos que se identifiquen los grupos en riesgo y se elaboren estrategias personalizadas dirigidas específicamente a ellos.¹ De la misma manera, la mayoría de los gobiernos ha reconocido la necesidad de elaborar programas de desarrollo específicos que aborden los grupos más vulnerables.² Sin una acción que esté específicamente dirigida a estos grupos vulnerables, es muy probable que queden rezagados a medida que el país progresa.

Los grupos que las partes interesadas en el desarrollo han identificado como 'vulnerables' incluyen, pero no están limitados a: personas que viven en condiciones

de pobreza; personas que viven con VIH/SIDA; refugiados; minorías étnicas; niños y adultos que han sido objeto de trata; trabajadores del sexo comercial; y personas con discapacidades.^{3,4,5} Todos los grupos vulnerables experimentan una serie de resultados adversos, incluyendo pobreza, salud deficiente y muerte prematura. No se les brindan oportunidades para desarrollar todo su potencial y por consiguiente, su prosperidad y bienestar individual se ven afectados. Los índices de mortalidad entre los grupos vulnerables pueden ser varias veces más altos que los de la población general.



USAID/Alison Bird

Las mujeres y las niñas son uno de los muchos grupos vulnerables seleccionados para los programas de desarrollo, mientras que las personas con problemas de salud mental siguen pasando desapercibidas.

A pesar de su vulnerabilidad, las personas con problemas de salud mental – incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y drogas, afecciones mentales de niños y adolescentes e impedimentos intelectuales – han pasado ampliamente desapercibidos como un objetivo de los programas de desarrollo. Esto sucede a pesar de la alta prevalencia de problemas de salud mental, su impacto económico en las familias y las comunidades y la estigmatización, discriminación y exclusión asociadas.

Los problemas de salud mental afectan a millones de personas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 151 millones de personas son víctimas de depresión y 26 millones de esquizofrenia; 125 millones de personas están afectadas por trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Cerca de 40 millones de personas padecen epilepsia y 24 millones tienen Alzheimer y otras demencias. Alrededor de 844 mil personas mueren por suicidio todos los años.⁶ En los países de

ingresos bajos, la depresión representa un problema casi de la misma magnitud que la malaria (3.2% comparado con 4.0% del total de la carga de enfermedad), pero los fondos que se invierten para combatir la depresión son solamente una fracción muy pequeña de los que se asignan para combatir la malaria.⁷

Por diferentes razones, los programas de desarrollo deben poner su objetivo en las personas con problemas de salud mental, especialmente en aquellas con afecciones crónicas prolongadas. Con frecuencia, las comunidades y los gobiernos no les brindan la oportunidad para desarrollar su potencial como contribuidores al bienestar y la prosperidad económica micro (personal) y macro (de la sociedad). Esto conduce a una marginalización económica y social más profunda. En segundo lugar, las personas con problemas de salud mental generalmente son excluidas de participar plenamente en la sociedad, y no están empoderadas para cambiar aquello que las oprime. Es probable que la asistencia del desarrollo que ayuda a mejorar la participación, conduzca a un mejor bienestar psicológico y material. En tercer lugar, el desarrollo implica el mejoramiento de las vidas de todas las personas en un país o comunidad. El desarrollo que solo mejora las vidas de algunas personas –en tanto que otras permanecen tan mal o peor que antes– es fundamentalmente deficiente en naturaleza. El mejorar las vidas de las personas más vulnerables puede considerarse como la verdadera razón para el desarrollo.

En todo momento, las personas con discapacidades no solo pasan desapercibidas, sino que son específicamente excluidas de las intervenciones de desarrollo. El Programa de Desarrollo de Grupos Vulnerables, el cual busca proporcionar alimento a las personas en extrema pobreza, dirigido a mujeres cabezas de familia, exigió que los beneficiarios estuvieran 'física y mentalmente saludables' para calificar para el programa.⁸

Un conjunto de diferentes paradigmas conforman el diálogo en la arena del desarrollo. Dos de ellos, en particular, se deben tener en consideración cuando se examinan las acciones que se pueden tomar para garantizar que las personas con afecciones mentales sean incluidas en los programas de desarrollo. El primero es el consenso de todas las partes interesadas en el desarrollo sobre la necesidad de mejorar la eficacia de la ayuda (contenido en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda⁹ y la Agenda de Acción de Accra⁹) y el segundo es un enfoque a los programas de desarrollo, basado en los derechos humanos.¹⁰ La mayoría de las partes interesadas en el desarrollo es proponente de estos dos paradigmas.

El énfasis en la necesidad de mejorar la eficacia de la ayuda está cambiando la forma en que están trabajando las partes interesadas en el desarrollo. Muchas de ellas se han comprometido con la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda⁹, lo cual requiere el alineamiento con los objetivos del país y la unificación de sus acciones. La Agenda de Acción de Accra⁹, que se fundamenta en la Declaración de París, también compromete a los signatarios, entre otras cosas, a fortalecer el sentido de pertenencia de país y a establecer alianzas más efectivas e inclusivas.

Las alianzas efectivas e inclusivas son esenciales para tener un mayor impacto y aumentar la eficacia de la ayuda. La variedad y cantidad de partes interesadas en una

alianza dependerá de las realidades dentro de ese país y su estado de desarrollo, pero en la mayoría de los países, incluirá algunas o todas las siguientes partes interesadas: sociedad civil; gobierno del país, instituciones académicas y de investigación; agencias bilaterales; asociaciones internacionales públicas-privadas; fundaciones privadas; y agencias multilaterales. Aunque esta área de competencia de las partes interesadas aporta muchas experiencias valiosas, también crea retos de coordinación que son abordados a través de los compromisos de la Agenda de Acción de Accra.

Los compromisos para mejorar la eficacia de la ayuda han dado lugar a un énfasis en la planificación nacional de desarrollo, ya sea enfocado en un solo sector, tal como salud o educación, o enfocado en una agenda nacional de desarrollo integral. Se espera que la implementación y el impacto de estos planes más amplios ocurran a nivel de todo el país y demuestren resultados para todos los grupos de población. El financiamiento también se está dirigiendo cada vez más a estos esfuerzos de planificación e implementación, a través del apoyo presupuestario directo, a través del apoyo presupuestario sectorial o el financiamiento combinado.

Los foros para desarrollar, implementar y evaluar estos planes están siendo cada vez más inclusivos, de acuerdo con los compromisos de la Agenda de Acción de Accra, considerando el aporte de las partes interesadas en el desarrollo, así como también el del público en general.

Los países en desarrollo y los donantes garantizarán que sus respectivas políticas y programas de desarrollo estén diseñados e implementados en forma consistente con sus compromisos internacionales acordados sobre igualdad de género, derechos humanos, discapacidad y sostenibilidad ambiental.

—La Agenda de Acción de Accra⁹

El enfoque al desarrollo, basado en los derechos humanos, reconoce la protección y promoción de los derechos humanos como un objetivo explícito del desarrollo. Entre otras cosas, hace énfasis en la participación, la planificación a largo plazo y un entendimiento multidimensional de la pobreza. Las prácticas incluyen: reconocer a las personas como actores claves de su propio desarrollo, en lugar de beneficiarios pasivos de productos y servicios; hacer énfasis en la participación, la cual es vista como un medio y una meta; emprender el análisis que incluya a todas las partes interesadas; fomentar los procesos de desarrollo de pertenencia local; enfocarse en los grupos marginalizados, desfavorecidos y excluidos; y diseñar intervenciones para reducir la desigualdad.¹⁰

Este enfoque, aunado a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)^{11,12}, impone una obligación en los países para garantizar que se protejan los derechos de las personas con problemas de salud mental y que las personas con discapacidades sean incluidas y tengan acceso a los esfuerzos a favor del desarrollo. La CDPD, a la que se hace referencia en este informe, crea obligaciones legalmente vinculantes en los gobiernos para respetar, proteger y ejercer una amplia variedad de derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, incluyendo el derecho a la participación en la vida política y pública, a la educación, el empleo y a los servicios de salud y habilitación/rehabilitación. Exige la incorporación

de los temas de discapacidad, incluyendo aquellos relacionados con la salud mental, en las estrategias para el desarrollo sostenible, y promueve la inclusión y participación total de las personas con discapacidades en la vida comunitaria, al igual que el acceso a los servicios de atención sanitaria de calidad que se encuentren lo más cerca posible a las comunidades de dichas personas. Hay que resaltar que la CDPD también establece una obligación para los Estados Partes y para la comunidad internacional, con el fin de garantizar que los programas nacionales e internacionales de desarrollo incluyan y sean accesibles a las personas con discapacidades

Este informe sobre salud mental y desarrollo reúne datos e información de diversas fuentes que van desde estudios de caso, las Naciones Unidas, las agencias de desarrollo, informes gubernamentales y no gubernamentales hasta revisiones sistemáticas de la literatura para demostrar que los resultados del desarrollo mejorarían considerablemente si el objetivo se coloca en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Las personas con problemas de salud mental manifiestan todas las principales características de vulnerabilidad, y como tales, deben recibir ayuda al desarrollo. Además, las inquietudes en torno a la salud mental son notorias entre otros grupos vulnerables reconocidos. Al abordar los temas de salud mental, se podrán beneficiar tanto los grupos de personas con afecciones mentales como otros grupos vulnerables.

Este informe está dividido en varias secciones. La Sección 2 ofrece evidencia que demuestra que las personas con problemas de salud mental satisfacen los criterios para ser consideradas un grupo vulnerable. La Sección 3 examina la situación desde una perspectiva diferente, describiendo cómo los grupos vulnerables seleccionados como el objetivo de las agencias de desarrollo – por ejemplo, mujeres sometidas a la violencia – también presentan altas tasas de afecciones mentales. La Sección 4 explora soluciones y brinda recomendaciones para acciones específicas basadas en evidencia que mejorarían las vidas de las personas con problemas de salud mental, mejorando así los resultados del desarrollo para las personas, sus comunidades y su país. La parte final del informe, Sección 5, examina los posibles aportes de las diferentes partes interesadas en el desarrollo con el fin de abordar los problemas de salud mental dentro del contexto de sus políticas y programas relacionados.

La salud mental en los países de ingresos bajos y medios es el punto focal de este informe, pero los problemas descritos no están por ningún motivo confinados a los países en vías de desarrollo. El informe también brinda ejemplos de todas partes del mundo, a partir de los cuales se pueden extraer soluciones. Los ejemplos usados en países específicos para ilustrar los diferentes temas, no pueden ser vistos como evaluaciones de los sistemas globales de salud mental de los países, ni se debe considerar que significa que cualquier país está más o menos avanzado que otros con respecto a la protección de los derechos de las personas con afecciones mentales.

2. Las personas con problemas de salud mental constituyen un grupo vulnerable

La tasa de trastornos mentales y la necesidad de atención es mayor entre las personas desfavorecidas - sin embargo, estos son precisamente los grupos con menor acceso a servicios apropiados. Al mismo tiempo, el miedo al estigma lleva a muchos a evitar la búsqueda de atención.. Las consecuencias son enormes en términos de discapacidad, el sufrimiento humano y pérdidas económicas. Tenemos la obligación imperiosa de mejorar la atención y los servicios para los trastornos mentales, especialmente entre los más desfavorecidos, mientras que la intensificación de los esfuerzos para proteger los derechos humanos de las personas afectadas.

—El secretario general de la ONU Ban Ki-moon¹³

2.1 ¿Qué hace que los grupos sean vulnerables?

Ciertos grupos son más vulnerables que otros. Esta vulnerabilidad es causada por factores sociales y por el ambiente en que viven.¹⁴ Los grupos vulnerables comparten desafíos comunes relacionados con su estatus social y económico, apoyo social y condiciones de vida, incluyendo:¹⁵

- Estigma y discriminación;
- Violencia y abuso;
- Restricciones en el ejercicio de sus derechos civiles y políticos;
- Exclusión de participar plenamente en la sociedad;
- Acceso reducido a los servicios de salud y sociales;
- Acceso reducido a los servicios de ayuda en emergencias;
- Falta de oportunidades educativas;
- Exclusión de las oportunidades de empleo y generación de ingresos;
- Mayor discapacidad y muerte prematura.

En el transcurso del tiempo, estos factores pueden interactuar, conduciendo a una mayor marginalización, disminución de los recursos e incluso mayor vulnerabilidad. La vulnerabilidad no se debe confundir con incapacidad, ni los grupos vulnerables deben ser considerados como víctimas pasivas. Se deben encontrar formas para empoderar a los grupos vulnerables con el fin de que puedan participar plenamente en la sociedad.¹⁴

2.2 Las personas con problemas de salud mental son objeto de estigma y discriminación

Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidades protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.

—Artículo 5, Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

El estigma que rodea a las afecciones mentales se debe principalmente a conceptos erróneos generalizados acerca de sus causas y naturaleza. Los problemas de salud mental alrededor del mundo, son a menudo vistos como manifestaciones de debilidad personal o como causados por fuerzas sobrenaturales. Usualmente se cree que las personas con afecciones



WHO/AS_Kochar

Las personas con problemas de salud mental son diariamente objeto de estigma y discriminación.

mentales son perezosas, débiles, poco inteligentes, difíciles e incapaces de tomar decisiones. También se piensa que son violentas, a pesar del hecho de que están mucho más propensas a ser víctimas que perpetradoras de violencia.

Las consecuencias son sustanciales. El hecho de que las afecciones mentales se atribuyan a posesión de espíritus diabólicos o castigo por conducta inmoral, frecuentemente causa que las personas que las sufren reciban tratos perjudiciales.^{16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23} La discriminación y la exclusión de la vida comunitaria son hechos comunes y pueden ocurrir en la vivienda, educación, empleo, así como también en las relaciones familiares y sociales.^{24, 25, 26, 27, 28} Con el tiempo, ocurre como consecuencia una significativa privación social y económica.²⁸

Cuando se cree que no es posible recuperarse de las afecciones mentales, los recursos no están dirigidos a brindar apoyo y tratamiento a las personas. En su lugar, las personas con afecciones mentales son abandonadas o ingresadas en instituciones psiquiátricas a largo plazo o prisiones,^{29, 30, 31, 32} donde muy a menudo no reciben atención adecuada y están frecuentemente expuestas a violaciones, lo que exacerba aún más sus problemas.

La percepción de que [los problemas de salud mental son] una debilidad de la personalidad no solo prevalece entre las personas 'normales'. He escuchado a muchos doctores decirles a sus pacientes que dejen de quejarse y que aguanten.

—Osamu Tajima, un importante psiquiatra en Tokio, Japón.³³

Algunos ejemplos de países:

- Un artículo en Lancet informa que en Afganistán, se cree generalmente que los problemas de salud mental son causados por genios, brujería, posesión, el ojo del diablo o vampiresas. En casos graves, las personas son llevadas a centros de curación tradicionales donde el 'tratamiento' consiste en encadenar a las personas afectadas a una pared durante 40 días con un mínimo de alimentos y agua y sin facilidades sanitarias.²²
- Un estudio llevado a cabo en Omán demostró que tanto el público general como los estudiantes de medicina creen que las personas con afecciones mentales tienden a tener apariencias peculiares y estereotípicas. Ambos grupos también creían que las personas con afecciones mentales deben ser albergadas en establecimientos que se encuentren lejos de la comunidad.³⁴
- Un estudio en Tailandia mostró que las personas con afecciones mentales algunas veces son consideradas como receptoras de mal karma o que están poseídas por espíritus.²¹ Estas creencias resultan en estigma, marginalización y negación a su derecho de recibir tratamiento y atención efectiva.
- Entre los encuestados de un estudio en Turquía, existía la percepción ampliamente generalizada de que las personas con depresión son peligrosas. Más de la mitad de los encuestados indicó que no se casarían con una persona con depresión, y casi la mitad indicó que ellos no le alquilarían su casa a una persona con depresión.

Una cuarta parte de los encuestados pensaba que las personas con depresión no deben andar libres en la comunidad.³⁵

- Estudios realizados en Australia, Brasil, Canadá, Croacia, Inglaterra, Malasia, España y Turquía han revelado que las personas con afecciones mentales experimentan y encuentran que tanto el personal de la salud en general como el personal de salud mental manifiesta ignorancia, prejuicio y discriminación profundamente perturbadora.³⁶

2.3 Las personas con problemas de salud mental son objeto de violencia y abuso

Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes Los Estados Partes adoptarán todas las medidas para proteger a las personas con discapacidad tanto en el seno del hogar como fuera de él...

— Artículos 15 y 16, Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Los estudios en países de ingresos altos han revelado que las personas con afecciones mentales presentan índices extremadamente altos de victimización física y sexual.^{37, 38, 39} Un estudio en los Estados Unidos de América demostró que, en comparación con la población general, las personas con afecciones mentales tenían 11 veces más posibilidades de ser objeto de delitos violentos (violencia consumada o en grado amenazante) y 140 veces más posibilidades de ser víctimas de robo personal.³⁸ En Australia, el 88% de las personas internadas en una sala psiquiátrica había experimentado victimización en algún momento de sus vidas: 84% había experimentado abuso físico y 57% había experimentado violación sexual.³⁷ Las personas con afecciones mentales son con frecuencia abusadas en las



Global Initiative on Psychiatry/Harrie Timmermans;
Habeas Mental Health Hospital/Ally Awale

Tanto en los establecimientos de salud comunitaria como psiquiátricos, las personas con afecciones mentales son abusadas, constreñidas y excluidas de los servicios vitales y del contacto humano

Cuadro 1 Cárceles – lugares inadecuados para las personas con problemas de salud mental ⁴¹

El personal de seguridad considera que las personas con problemas de salud mental son difíciles y dañinas, y las colocan en unidades de confinamiento solitario de alta seguridad. La falta de interacción humana y el estímulo mental limitado tras vivir las veinticuatro horas del día en pequeñas celdas de segregación, algunas veces sin ventanas, unido a la ausencia de servicios de salud mental adecuados, agrava dramáticamente el sufrimiento de las personas con problemas de salud mental. Algunas se deterioran tanto que deben ser trasladadas a hospitales para recibir tratamiento psiquiátrico agudo. Pero después que las estabilizan, regresan a las mismas condiciones de segregación donde el ciclo de descomposición vuelve a comenzar. La red penal está entonces funcionando no solamente como un almacén de depósito para las personas mentalmente afectadas sino que, confiando en un alojamiento de extrema restricción para los reclusos con afecciones mentales, está actuando como una incubadora para peores afecciones y crisis mentales.

—Extraído de un Documento de Vigilancia de los Derechos Humanos para los reclusos y agresores con afecciones mentales en los Estados Unidos de América.

cárceles (Ver el Cuadro 1); las mujeres con problemas de salud mental corren un riesgo especialmente elevado de victimización sexual en las cárceles.⁴⁰

Las personas que viven en establecimientos psiquiátricos también están expuestas a la violencia y el abuso por parte de profesionales de la salud que son responsables de proveer atención y tratamiento a los pacientes. Otras formas de abuso también son comunes, incluyendo condiciones de vida antihigiénicas e inhumanas, y prácticas de trato cruel y degradante. Las personas pueden estar confinadas arbitrariamente a las instituciones – contra su voluntad – por meses e incluso años. Una vez que son consignadas a la institución, a menudo son restringidas a habitaciones de reclusión similares a celdas y/o contenciones.

Algunos ejemplos de países:

- El hospital psiquiátrico de Ghana tiene un ‘pabellón especial’ en el cual hay 300 hombres encerrados en un conjunto de celdas diseñadas para 50 personas. Estos hombres no tienen acceso al mundo externo ni a tratamiento. Un trabajador voluntario del sector comentó sobre esta situación, diciendo “Cerca de una tercera parte de nuestros pacientes ha sido encadenada, golpeada o azotada en altares o iglesias”.⁴²
- Una encuesta a 52 hogares de servicio social en Hungría, realizada en 2001 por el Foro de Interés en Salud Mental (PEF) en Budapest, documentó que los pacientes experimentan restricciones en su libertad de movimiento, invasión de su privacidad, instalaciones de comunicación inadecuadas, mecanismos

ineficaces de denuncia y monitoreo, falta de acceso al tratamiento médico y el uso de medicamentos vencidos. Algunas veces los pacientes están encerrados en ‘camas-jaula’. Estos mecanismos de contención, que consisten en jaulas de metal o redes plásticas alrededor y encima de una cama estándar de hospital, impiden que las personas se pongan de pie. Algunos pacientes permanecen casi siempre en estas camas y son obligados a comer, orinar y defecar dentro de los límites de la jaula.⁴³

- Una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental y Neurociencias en Bangalore, India comprobó que en 16 de los 37 hospitales examinados, los pacientes eran forzados a vivir juntos en celdas sobrepobladas, diseñadas para una sola persona. Muchos hospitales colocaban a las personas en celdas sin instalaciones de agua, inodoros o camas, y los pacientes eran forzados a orinarse y defecarse encima. Además, los pacientes recibían trato y atención inadecuados. Menos de la mitad de los hospitales contaba con psicólogos clínicos y trabajadores sociales psiquiátricos. El tratamiento médico y psicosocial integral era casi inexistente en una tercera parte de los hospitales.⁴⁴
- Se ha reportado que en algunas partes de Somalia, las personas con problemas mentales graves pueden ser sometidas a la llamada ‘cura de la hiena’. La práctica de esta aldea consiste en dejar caer a una persona con afección mental en una fosa con una o más hienas que han estado privadas de alimento. Se piensa que las hienas ahuyentarán a los djinns, o espíritus diabólicos que habitan en la persona. Los familiares de la persona que tiene la afección mental le pagarán al dueño de la hiena por dicho tratamiento.^{45, 46}
- Un informe de Mind, una importante institución benéfica de salud mental en Inglaterra y Gales, indicó que el 71% de los encuestados reportó haber experimentado alguna forma de victimización en los dos años antes de presentar una afección mental. Las formas de violencia comúnmente reportadas fueron la intimidación (41%), robo (34%), acoso sexual (27%), agresión física (22%) y violación sexual (10%). Alrededor del 36% de las personas que fue víctima de delitos no lo reportaron a las autoridades, principalmente debido al temor de que no se les creyera. Sesenta por ciento de los encuestados que sí reportaron un delito sintieron que las autoridades no tomaron el incidente en serio.³⁹

2.4 Las personas con problemas de salud mental son objeto de restricciones en el ejercicio de sus derechos civiles y políticos

Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida....Los Estados Partes... asegurarán que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás...

— Artículos 12 y 29, Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Las personas que padecen problemas de salud mental son objeto de restricciones en el ejercicio de sus derechos civiles y políticos.^{47, 48} Esto se debe principalmente a la presunción falsa, pero frecuente, de que las personas que padecen problemas de salud mental no tienen la capacidad de asumir responsabilidades, manejar sus asuntos ni adoptar decisiones sobre sus vidas.



UN PHOTO/P. SUDHAKARAN

Las personas que padecen problemas de salud mental a menudo no tienen acceso a los mecanismos judiciales adecuados. Los delitos cometidos contra ellos pasan sin ser documentados debido a que la policía o los acusadores tienen temores infundados acerca de su confiabilidad o credibilidad como testigos.³⁹

En muchos países, las personas que padecen problemas de salud mental tienen restringido su derecho a votar.

En muchos países, las personas no pueden objetar ni apelar su detención en establecimientos psiquiátricos.⁴⁹ Además, no tienen acceso a mecanismos de denuncia, lo que les permitiría detener la violencia y el abuso perpetrado contra ellas. Sus derechos humanos básicos, tales como el consentimiento informado, la confidencialidad, privacidad, acceso a información relacionada con la salud (incluyendo registros clínicos) y la comunicación con los miembros de la familia son violados con frecuencia.^{48, 49}

Las leyes y costumbres de muchos países confieren amplios poderes a los custodios de las personas que padecen problemas de salud mental. Aunque estas medidas tienen la intención de proteger los intereses de las personas afectadas, en realidad a menudo resultan en restricciones indebidas en la capacidad de las personas para tomar decisiones relacionadas con su lugar de residencia, sus asuntos personales y financieros, su tratamiento médico y otros aspectos de sus vidas diarias.⁴⁹

Muchos países tienen leyes que restringen los derechos de las personas que padecen problemas de salud mental, tales como el derecho a voto. Esto contribuye a su marginalización política, privación de sus derechos ciudadanos y a pasar invisibles en sus comunidades.

Las personas que padecen problemas de salud mental también son objeto de restricciones en otros derechos fundamentales, tales como el derecho a contraer matrimonio y tener familia, así como también el derecho a asistir a la escuela y buscar empleo (refiérase a las secciones 2.8 y 2.9).

Mi primo sigue presionándome para ser mi custodio. Solamente porque tengo una afección mental y tomo medicamentos, no significa que sea necesario que tenga un custodio. Me preocupa que cuando mi madre muera, se me obligue a tener un custodio y mi primo me pondrá a vivir en un hogar de servicio social. Entonces mi primo se quedará con nuestra propiedad.⁴³

Algunos ejemplos de países:

- Un análisis de las leyes de elección en 63 democracias reveló que solamente cuatro países – Canadá, Irlanda, Italia y Suecia – no restringen de modo alguno el derecho a votar de las personas que padecen problemas de salud mental.⁵⁰
- Un informe de la Organización No Gubernamental, Centro para la Defensa de la Discapacidad Mental (MDAC) destaca que en Bulgaria, las personas que están bajo custodia completa no pueden contraer matrimonio.⁵¹
- Varias leyes en India restringen los derechos civiles y políticos de las personas que padecen problemas de salud mental. Según las leyes de India^{52, 53} y Parsi⁵⁴ y la Ley de Divorcio de 1872⁵⁵, el hecho de “no estar en su sano juicio” o de tener un problema de salud mental prolongado puede ser motivo para la anulación del matrimonio o para el divorcio. La Ley Especial de Matrimonio de 1954 prohíbe el matrimonio de las personas que padecen problemas de salud mental “hasta tal punto o medida en que no sean aptas para el matrimonio y la procreación de los hijos”.⁵⁶ Si un tribunal competente declara que la persona no está en su sano juicio, no se le permitirá registrarse en una lista electoral.^{57, 58}
- Un informe de MDAC afirma que en Kirguizistán, el código civil restringe el derecho de los adultos que han sido privados de su capacidad legal para administrar propiedades.⁵⁹
- Según el Código de la Familia de la Federación Rusa, las personas que padecen problemas de salud mental que están bajo custodia, no pueden contraer matrimonio⁶⁰ ni presentar petición de divorcio, ya que el custodio toma estas decisiones por ellas.⁶¹ Sus derechos paternales/maternales también quedan anulados.⁶²
- En Tailandia, cualquier persona que “no esté en su sano juicio o que presente debilidad mental” no puede votar,⁶³ y el código civil y comercial no permite el matrimonio de una “persona demente”.⁶⁴
- El Centro Egalite Handicap resalta que en Suiza se han reportado varios casos en los cuales se les ha negado la nacionalidad suiza a las personas con impedimentos intelectuales. En uno de los casos, se le negó la ciudadanía a una mujer joven por el hecho de que era incapaz de sostenerse económicamente y requeriría el apoyo de los servicios sociales. En la revisión de este caso, el Tribunal Federal de Suiza encontró que la decisión era discriminatoria.^{65, 66} Otros casos similares están todavía pendientes.

2.5 A las personas con problemas de salud mental no se les permite participar plenamente en la sociedad

... las personas con discapacidades deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de toma de decisiones relacionados con políticas y programas, incluyendo aquellos que les afectan directamente ...

Preámbulo, Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Participación no sólo significa el derecho a votar y a presentarse a una elección, sino que también significa participar efectiva y plenamente en el proceder de la vida pública. Cada persona, sin importar su grado de pobreza o marginalización, tiene el derecho de participar en los asuntos públicos. La participación permite la creación de una sociedad civil activa que da a todos una voz, incluyendo los grupos vulnerables, y promueve la reforma nacional.



Las personas con problemas de salud mental están excluidos de participar en los asuntos públicos y la sociedad civil.

En la mayoría de los países, las personas con problemas de salud mental no participan activamente en los procesos de toma de decisiones de políticas. Esto contrasta, por ejemplo, con problemas como los del VIH/SIDA, donde en muchos países las personas que están más directamente afectadas han tenido una importante voz en el desarrollo de políticas y asignación de los recursos. Esta falla se puede explicar parcialmente por la ausencia de organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental en muchas partes del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. Otra barrera de importancia para la participación es la falsa presunción de que las personas con problemas de salud mental no tienen la capacidad de hacer aportes significativos a la sociedad.

Algunos ejemplos de países:

- Una encuesta de la OMS reveló que menos del 20% de los países (8 de 42 países encuestados) tenía organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental que proporcionaban asistencia comunitaria e individual.⁶⁷
- Los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991) se elaboraron sin una participación significativa por parte de las personas con afecciones mentales. Como consecuencia, a los ojos de muchos disminuyó la credibilidad de los Principios y se hizo un llamado para que fueran revocados. En contraste, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se redactó con la participación activa de las organizaciones de personas con discapacidad, incluyendo los representantes de usuarios de los servicios de salud mental. La Convención ha sido ampliamente adoptada como el estándar universal de los derechos humanos de todas las personas con discapacidades y ha tenido prioridad sobre instrumentos previos, incluyendo los Principios de las Naciones Unidas.⁶⁸

2.6 Las personas con problemas de salud mental no tienen acceso a servicios de salud ni a servicios sociales

Los Estados Partes proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades...

—Artículo 25, Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

A pesar de la prevalencia generalizada de los problemas de salud mental, una gran parte

de las personas afectadas no recibe tratamiento ni atención. En los países de ingresos bajos y medios, entre 75% y 85% de las personas con graves afecciones mentales no tienen acceso a ninguna forma de tratamiento de salud mental. En los países de ingresos altos, entre 35% y 50% de las personas con graves afecciones mentales no reciben el tratamiento necesario.⁶⁹

Las personas que padecen graves afecciones mentales también tienen menor probabilidad de recibir tratamiento para sus problemas de

salud física.⁷⁰ Por ejemplo, las personas con esquizofrenia tienen un 40% menos de probabilidad de ser hospitalizadas por cardiopatía isquémica en comparación con las personas que sufren del mismo problema cardíaco, pero que no tienen afecciones mentales.⁷¹ Los informes de casos indican que en muchos países de ingresos bajos y medios, las personas en hospitales psiquiátricos no tienen acceso a la atención básica de salud, incluyendo exámenes de salud en general, cuidado dental, vacunas, medicamentos y tratamientos para cortadas y llagas.^{72, 73, 74, 75, 76}

A lo largo de muchos países, las tasas de tratamiento de los problemas de salud mental son mucho más bajas en comparación con las de los problemas de salud física.⁷⁷ Los grandes vacíos en el tratamiento son de esperar, dado que casi una tercera parte de los países en el mundo no tiene un presupuesto asignado a los servicios de salud mental, y una quinta parte adicional de los países asignan menos del 1% de su presupuesto total de salud a los servicios de salud mental.⁷⁸ Los servicios no solo son escasos, sino que muchos gobiernos en los países de ingresos bajos y medios exigen que las personas paguen por su tratamiento de salud mental, incluso cuando el tratamiento para las dolencias físicas se ofrece en forma gratuita o es cubierto por el seguro médico. Esta disparidad afecta desproporcionalmente a las personas más pobres.⁷⁸

La falta de acceso a vivienda y a otros servicios sociales también es un serio problema: muchos estudios han documentado una alta prevalencia de problemas de salud

WHO/Mariko Kokić



Las personas con afecciones mentales no pueden acceder a los servicios básicos de salud física y mental

mental en las personas sin hogar. Los problemas que existen en proporciones más altas que las de la población general incluyen esquizofrenia, depresión, ansiedad, intento de suicidio, problemas emocionales, desesperanza y trastornos por consumo de alcohol y drogas.^{79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91}

No tenía dónde vivir cuando salí del hospital, No tenía adónde ir. No tenía otra opción. En ese momento, mi familia estaba luchando con su propia opinión de mi problema y no había lugar para mí en la familia. Si mi familia hubiera tenido educación, o hubiera sabido cómo ayudarme y apoyarme, entonces mi historia habría sido muy diferente.

— *Mujer con esquizofrenia, 43 años de edad, Nueva Zelanda*⁹²

Algunos ejemplos de países:

- En Argentina, un informe de la ONG conocida como *Mental Disability Rights International* (MDRI) indicó que entre 60% y 90% de los pacientes en hospitales psiquiátricos están allí solamente porque no tienen alojamiento con los miembros de su familia ni con sus comunidades.⁷³
- Un estudio europeo demostró que algo menos de la mitad (48%) de las personas en necesidad de atención de salud mental tuvo acceso a dichos servicios, en contraste con el 92% de las personas con diabetes que tuvieron acceso a tratamiento para su problema físico.⁹³
- El fondo de seguro del hospital nacional en Kenia excluye el tratamiento de problemas de salud mental.^{78, 94}
- En México, un informe de MDRI de 1999 documentó que los pacientes internados en un hospital psiquiátrico vivían en condiciones extremadamente insalubres. Muchos no recibían atención básica de salud, como por ejemplo, tratamiento para cortadas. Aunque los enfermeros estaban conscientes de las lesiones de los pacientes, no hacían nada para curarlos. Otros pacientes habían perdido sus dientes debido a la ausencia de cuidado dental.⁷⁶
- Un informe sobre Perú realizado por MDRI y la Asociación Pro Derechos Humanos indica que muchos pacientes internados en un hospital psiquiátrico estaban allí debido a la falta de alojamiento alternativo; aunque estaban en condiciones de irse a casa, habían sido abandonados por sus familias.⁹⁵
- En la Federación Rusa, el tratamiento y la atención para los problemas de salud mental no están cubiertos por el programa de seguro médico obligatorio del país.^{78, 96}
- Un estudio realizado en los Estados Unidos de América, en el que participaron más de 10,000 personas, reveló que 15% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión eran personas sin hogar.⁹⁷
- Los medios de comunicación nacionales en Zimbabwe reportaron que 60 personas sin hogar (mal llamadas ‘vagabundas’) fueron arrestadas en 2006. Cuarenta de ellas fueron calificadas de “mentalmente inestables” por el magistrado y los fiscales y enviadas a prisión para una evaluación de salud mental, de acuerdo con la Ley Nacional de Salud Mental. Doce meses después, siete de las 40 personas originales habían muerto, en tanto que las demás estaban en prisión, todavía en espera de un examen de salud mental. Ninguna había sido transferida a un establecimiento terapéutico.⁹⁸

2.7 Las personas con problemas de salud mental no tienen acceso a los servicios de ayuda en emergencias

Los Estados Partes adoptarán ...todas las medidas posibles para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

—Artículo 11, Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Los síntomas de las personas con afecciones mentales a menudo empeoran debido al estrés que causan las emergencias. Para complicar la situación, el personal de salud pudiera emigrar o morir durante las emergencias, privando de esta manera a las personas con afecciones mentales de los servicios médicos y sociales pre-existentes. Las personas que viven en instituciones, tales como hospitales psiquiátricos, corren un riesgo elevado de abandono; otras pueden ser dejadas de lado por sus propias familias. Los servicios de ayuda en emergencias a menudo no son adecuados para hacer frente a las necesidades específicas de las personas con afecciones mentales, o en algunos casos excluyen explícitamente a las personas con problemas mentales pre-existentes de recibir los servicios.⁹⁹

Algunos ejemplos de países:

- En 2008, un programa de repatriación obligatoria desde la República Unida de Tanzania a Burundi, consistía en identificar a los refugiados burundeses, ya sea en campamentos de refugiados o en aldeas, y devolverlos a sus aldeas de origen a través de campamentos transitorios en las fronteras, administrados por organizaciones no gubernamentales. A menudo las familias quedaban divididas en el proceso; se pensaba que podían reunificarse en los campamentos transitorios o en última instancia, en sus aldeas de origen. Con o sin intención, los miembros de la familia no reconocían en los campamentos de tránsito a muchos de sus familiares con graves afecciones mentales. Para complicar la situación, algunas personas con graves problemas de salud mental no podían identificar sus aldeas de origen. Los campamentos transitorios están ahora cerrando y las personas con afecciones mentales que allí quedan están desamparadas sin tener un lugar adónde ir, ya que no se saben los nombres de sus aldeas y sus familias se niegan a reconocerlas.¹⁰⁰



UN Photo/Logan Abassi

En algunos países en conflicto, el personal abandona los establecimientos psiquiátricos dejando a los pacientes encerrados en pabellones donde mueren de hambre y complicaciones de la salud.

- Después del inicio del conflicto en Irak en 2003, cantidades de saqueadores llegaron al hospital psiquiátrico Al-Rashad, quemando todo lo que no había sido robado. Los 1050 pacientes internos huyeron del hospital, para los 300 que regresaron, las condiciones de vida eran horribles. El hospital no tenía suficiente agua potable; no había agua para lavar ni limpiar, ocasionando condiciones extremadamente insalubres; y la disponibilidad de alimentos era muy limitada. Los almacenes de depósito, oficinas, pabellones, residencias, cocinas, talleres y lavanderías estaban destruidos.¹⁰¹
- Durante el conflicto en Kosovo, la mayoría de los trabajadores de la salud del instituto psiquiátrico huyó del área, dejando al instituto sin supervisión. Los pacientes fueron dejados encerrados en sus pabellones y habitaciones; algunos murieron de hambre, frío y complicaciones médicas. Escenarios similares ocurrieron en algunos hospitales penitenciarios en Bosnia y Croacia durante los conflictos en la década de 1990.¹⁰²
- Las Directrices del Comité Permanente Inter-Agencia sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Escenarios de Emergencia describen cómo en medio del conflicto de 1999 en Sierra Leona, un hospital psiquiátrico fue parcialmente destruido y la mayor parte del personal de salud huyó del área. Los pacientes deambulaban por la comunidad y fueron utilizados para el contrabando de alimentos y para hacer diligencias al frente de batalla.⁹⁹
- En los Estados Unidos de América, después del Huracán Katrina en 2005, una declaración de postura oficial emitida por el Consejo Nacional sobre Discapacidad reveló que las personas con discapacidad psiquiátrica eran discriminadas en su acceso a recibir ayuda de emergencia durante y después del huracán. Por ejemplo, de acuerdo con algunas personas con afecciones mentales que sobrevivieron al Huracán Katrina, la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) las excluyeron de sus casas móviles, debido a aprehensiones de que las afecciones mentales de los individuos los hacían ser peligrosos, a pesar de que los profesionales de salud mental aseveraban que los individuos no eran peligrosos.¹⁰³

2.8 Las personas con problemas de salud mental no tienen oportunidades educativas y tienen resultados educativos más deficientes

Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean excluidas del sistema de educación general por motivo de discapacidad, y que los niños con discapacidades no sean excluidos de la educación primaria gratuita y obligatoria, ni de la educación secundaria, por motivo de discapacidad.

— Artículo 24, Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La educación es ampliamente reconocida como un elemento fundamental del desarrollo humano y económico, sin embargo, la mayoría de las personas con afecciones mentales enfrentan barreras desproporcionadas en su acceso

a la educación. La exclusión de los niños con problemas de salud mental es discriminatoria y da lugar a una mayor marginalización de este grupo que ya es vulnerable. A pesar de este hecho, en muchos países de ingresos bajos y medios, las personas con afecciones mentales o impedimentos intelectuales son internadas en establecimientos que no ofrecen oportunidades educativas.^{95, 104, 105, 106} Aquellos que pueden asistir a la escuela o universidad son a menudo objeto de ridículo,



UN Photo/Roger Lemoine

La falta de apoyo en la escuela para los niños con problemas de salud mental conduce a tasas de deserción más altas.

discriminación y rechazo por sus compañeros.¹⁰⁷ También existen barreras en los países de ingresos altos.

Frecuentemente, los maestros envían inadvertidamente muchos mensajes a los estudiantes, que no pertenecen allí, que no son bienvenidos... las personas que padecen problemas psiquiátricos son los que reciben las peores etiquetas... simplemente evitan a estos niños.

—Diseñador de políticas nacionales, Departamento de Educación, África del Sur¹⁰⁸

Debido a falta de apoyo, los problemas de salud mental que afectan a niños y adolescentes pueden causar fracasos escolares, incluyendo rendimiento académico deficiente y tasas de deserción escolar más altas.^{109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117} Los niños con problemas de salud mental sub-clínicos (problemas de salud mental que no satisfacen los criterios para diagnósticos psiquiátricos) también tienen resultados educativos adversos.^{109, 116}

El impacto de la falta de abordaje de los problemas de salud mental en niños y adolescentes es extenso y prolongado: estudios prospectivos han demostrado que los problemas de

conducta a la edad de siete años están relacionados con logros educativos más deficientes a la edad de 16 años, y con peores resultados en el mercado laboral a las edades de 22 y 33 años.¹¹⁸ Considerando que aproximadamente uno de cada cinco niños padece un problema de salud mental,^{119, 120} hasta el 20% de la población adulta está en riesgo de resultados educativos y laborales adversos.

Estoy aquí en la oscuridad que nunca se aparta de mí. No deja pasar la luz de la alegría, es tan fría que no permite que ningún niño se me acerque para ser mi amigo... Se ríen de mí. Siempre estoy triste.

—Vladmir, 14 años de edad, República de Moldavia¹²¹

Sin embargo, de las varias miles de cartas que recibí, las más difíciles de leer fueron las cientos de cartas de médicos y otros profesionales. Ellos relataban sus propias experiencias con la depresión y depresión maniaca, la falta de apoyo que habían recibido de sus mentores o colegas, y, con mucha frecuencia, sus destituciones de la escuela de medicina o programas de residencia. Todos expresaron la inquietud de que era difícil ser honestos sobre las afecciones mentales cuando sus títulos académicos, licencias médicas o privilegios hospitalarios estaban en juego.

—Kay Redfield Jamison, una psicóloga en los Estados Unidos de América¹²²

Algunos ejemplos de países:

- HealthNet TPO informa que el acceso a la educación en la zona rural de Burundi, a menudo está limitado al niño de más edad en la familia, debido a la pobreza y a limitaciones financieras relacionadas. Los niños con problemas de salud mental son generalmente los primeros en ser privados de la educación, ya que se considera que no merecen dicha inversión.¹⁰⁰
- En China, solo 0.4% del presupuesto de educación en el año 2000 estaba asignado a la educación de las personas con discapacidad, de acuerdo con estadísticas oficiales.¹²³
- Muchos niños con impedimentos intelectuales en el sureste de Europa no tienen acceso a una educación adecuada. A pesar de las continuas reformas, siguen siendo colocados en ‘internados’, por consiguiente, separados de sus familias. Estas escuelas tienen baja calidad de educación,^{124, 125} debido a la falta de financiamiento, instalaciones, maestros motivados y planes de estudio modernos. Algunas escuelas generales brindan planes de estudio adaptados a los niños con discapacidades, pero están limitados a las áreas urbanas y a las ciudades más grandes.¹²⁶
- Una encuesta de la Sociedad Nacional para Autistas realizada en el Reino Unido (Inglaterra y Gales) reveló que uno de cada cinco niños con autismo y uno de cada cuatro niños con síndrome de Asperger eran excluidos de las escuelas en algún momento. El 16% de estos niños fue excluido tantas veces que sus padres perdieron la cuenta, y 24% fueron excluidos permanentemente. Las razones principales que citaron fueron la falta de concienciación y falta de lugares apropiados en el área local.¹²⁷

2.9 A las personas con problemas de salud mental se les niegan las oportunidades de empleo y otras oportunidades de generación de ingresos

Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás ...

—Artículo 27, Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Entre todas las fuentes de discapacidad, los problemas de salud mental están asociados con las tasas más altas de desempleo, las cuales generalmente se sitúan entre 70% y 90%.¹²⁸ Existen grandes desigualdades en las tasas de empleo entre las personas con afecciones mentales, personas con impedimentos físicos y la población general.

Las encuestas muestran que la vasta mayoría de las personas con afecciones mentales desearía tener un empleo,¹²⁸ pero el estigma, la discriminación y la falta de experiencia profesional les impide tenerlo. Las personas con esquizofrenia que buscan empleo presentan tasas de discriminación altas y consistentes en todos los países, independientemente de sus niveles de ingreso.^{129, 130, 131} En una encuesta transversal de 732 personas diagnosticadas con esquizofrenia en 27 países, el 70% estaba desempleada y casi la mitad había sido objeto de discriminación en su

Global Initiative on Psychiatry



A las personas con problemas de salud mental se les niegan las oportunidades de empleo en comparación con la población general.

búsqueda de trabajo o en su afán de conservarlo.²⁸ Una serie de estudios han indicado la renuencia de los empleadores a contratar personas con afecciones mentales.^{132, 133}

Las personas con afecciones mentales [...] es el principio de algo peor porque no están participando en las labores de campo, cuidando las cabras y las vacas ... y así, éste es un verdadero dilema,... y con mucha frecuencia están simplemente encerradas en una cabaña en la parte de atrás de la aldea y muy a menudo desatendidas, porque existe mucha ignorancia acerca de la salud mental.

— Miembro de la junta estatutaria, Consejo de África del Sur de Profesiones de la Salud¹⁰⁸

Las personas con afecciones mentales también enfrentan barreras en su acceso a otras fuentes de ingreso. Muchos países no proporcionan subsidios sociales a las personas con afecciones mentales y, cuando están disponibles, generalmente son insuficientes para sacarlas de la pobreza. En otros casos, las personas con afecciones mentales son excluidas de los programas de generación de ingresos. Esto tiene implicaciones específicas para los pobres en áreas rurales, quienes necesitan el apoyo en su intento de escapar de la pobreza a través de actividades que generan ingresos.

La mayoría de nuestros miembros son excluidos de los proyectos de desarrollo, aun después de someterse a tratamiento en las comunidades donde viven. El resultado es la pobreza persistente y, por lo tanto, muchas recaídas. Representa un costo para el país porque nuestros miembros que languidecen en condiciones paupérrimas, son capaces de contribuir al desarrollo nacional, pero no se les está dando la oportunidad.

— Sylvester Katontoka, Presidente de la Red de Usuarios de Salud Mental de Zambia¹³⁴

Debido a la falta de acceso a oportunidades de empleo y a otras oportunidades de generación de ingresos, las personas con afecciones mentales corren un riesgo elevado de caer en la pobreza. Las encuestas nacionales llevadas a cabo en Brasil, Chile, India y Zimbabue, han mostrado que la presencia de problemas de salud mental es dos veces más frecuente en los grupos de ingresos más bajos en comparación con los de ingresos más altos.¹³⁵ Por otra parte, se ha demostrado que en Brasil, los niños que viven en mayor miseria tienen cinco veces más probabilidades de presentar problemas de salud mental que los niños de clase media.¹³⁶

Algunos ejemplos de países:

- Un estudio en Polonia reveló que 95% de los empleadores no querían emplear a una persona con esquizofrenia en ningún puesto. En un segundo estudio, 70% de los encuestados creían que las personas con afecciones mentales no deben ser contratadas en puestos relacionados con el cuidado infantil, medicina o gobierno. Los datos indican que solo 10% de las personas con afecciones mentales en Polonia estaba empleada, en comparación con 48% de la población general.¹³³



UN Photo/Martine Perret

La muerte prematura y la discapacidad son frecuentes entre las personas con problemas de salud mental.

- Un reciente estudio en Uganda, reveló dos importantes razones por las cuales a las personas con afecciones mentales se les niega el acceso a los servicios de microcrédito. La primera es que se cree que tienen problemas de funcionamiento, no pueden participar realmente en el trabajo productivo y, consiguientemente, no pueden restituir el pago de sus préstamos. La segunda razón es que se creía que las personas con afecciones mentales no serían penadas por la ley si dejaban de pagar sus préstamos, dejando a los prestamistas sin recursos en caso de incumplimiento de pago.¹³⁷
- Los datos sobre los servicios y resultados de empleo en los Estados Unidos de América indican que en 2006, 73% de las personas con discapacidad asociada a problemas de salud mental estaba desempleada.¹³⁸

2.10 Las personas con problemas de salud mental son objeto de discapacidad significativa y muerte prematura

Como resultado acumulativo de la exposición prolongada a los factores sociales y económicos precedentes que conducen a la vulnerabilidad, las personas con problemas de salud mental corren un elevado riesgo de muerte prematura y discapacidad. El marcado vacío en el tratamiento – entre la prevalencia de problemas de salud mental, por una parte, y la cantidad de personas que reciben tratamiento y atención, por la otra parte – sólo complica esta carga.

A escala mundial, los problemas de salud mental son responsables del 13% de la carga total de enfermedad y 31% de todos los años vividos con discapacidad.⁶ Para el año 2030, es probable que la depresión por sí sola sea la causa individual que más

contribuya a la carga de enfermedad en el mundo, más que la enfermedad cardíaca, accidentes cerebrovasculares, accidentes de tráfico y VIH/SIDA.¹³⁹

Más de 80% de la carga total de enfermedad debida a problemas de salud mental se puede encontrar en los países de ingresos bajos y medios.⁶ En los países de ingresos bajos, la depresión causa casi la misma carga que la malaria (3.2% comparado con 4.0% de la carga total de enfermedad); en los países de ingresos medios, la depresión es la causa que más contribuye a la carga de enfermedad, siendo responsable del doble de la carga de VIH/SIDA (5.1% comparado con 2.6% de la carga total de enfermedad).⁷

El impacto total de los problemas de salud mental se extiende mucho más allá del que se representa en los cálculos de su carga de enfermedad. Las personas con afecciones mentales están más propensas que otras a desarrollar importantes problemas de salud física, incluyendo diabetes, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedad respiratoria.¹⁴⁰ Los problemas de salud mental, tales como la depresión y la esquizofrenia, también colocan a las personas en mayor riesgo de contraer enfermedades como el VIH, debido a una serie de factores que incluyen conceptos erróneos acerca de las rutas de transmisión y las conductas sexuales de alto riesgo.^{141, 142, 143, 144, 145, 146}

Las personas con afecciones mentales también tienen muchas más probabilidades de morir prematuramente en comparación con la población general.^{70, 140, 147, 148, 149, 150, 151} Revisiones sistemáticas de estudios realizados en muchos países han revelado que las personas con esquizofrenia y depresión tienen un riesgo global más alto de muerte prematura, el cual es de 1.6 y 1.4 veces más grande, respectivamente, que lo que se espera de la población general.¹⁴⁸ Los individuos con graves problemas de salud mental tienen más probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica antes de los 55 años de edad, y de sobrevivir menos de cinco años después de ello.¹⁵² Los estudios en países de ingresos bajos y medios han mostrado que los problemas de salud mental combinados con el SIDA conducen a un aumento en las tasas de muerte prematura, comparado con el SIDA por sí solo.¹⁵³ Un estudio realizado en los Estados Unidos de América, reveló que las mujeres con depresión y VIH tenían más del doble de probabilidades de morir, en comparación con los mujeres que viven con VIH, pero que no padecen depresión.¹⁵⁴ Las personas que viven con VIH también corren un elevado riesgo de suicidio.^{155, 156, 157, 158, 159, 160}

Algunos ejemplos de países:

- Un informe de la Agencia Social de Yakarta en Indonesia, indicó que 181 pacientes de cuatro “refugios” de la ciudad para personas con afecciones mentales crónicas murieron entre octubre de 2008 y el 22 de mayo de 2009, muchos de diarrea y desnutrición. En total, 291 de 644 personas (45% de todos los pacientes) habían muerto desde 2007.^{161, 162}
- Un extenso estudio en el Reino Unido, reveló que las personas con problemas graves de salud mental mueren en promedio 10 años más jóvenes que la población general.⁷⁰

2.11 Resumen

Esta sección ha proporcionado evidencia de que las personas con problemas de salud mental satisfacen los principales criterios de vulnerabilidad. Están diariamente sometidas a estigma y discriminación y presentan tasas extremadamente altas de violencia física y sexual. Frecuentemente, las personas con afecciones mentales están restringidas en el ejercicio de sus derechos políticos y civiles, y en su capacidad para participar en los asuntos públicos. Además también se restringe su capacidad para acceder a los servicios esenciales de salud y sociales, incluyendo los servicios de ayuda en emergencias. La mayoría de las personas con afecciones mentales enfrenta barreras desproporcionadas para asistir a la escuela y encontrar empleo. Como consecuencia de todos estos factores, las personas con afecciones mentales están mucho más propensas a experimentar discapacidad y morir prematuramente, en comparación con la población general.

Las personas con problemas de salud mental son, sin lugar a dudas, altamente vulnerables, y como tales, merecen ser el objetivo de los programas de desarrollo. Antes de examinar qué se necesita hacer para mejorar los resultados y qué pueden hacer las diferentes partes interesadas, el informe pasa ahora a examinar la alta prevalencia de los problemas de salud mental en otros grupos que las partes interesadas en el desarrollo han definido como vulnerables. Las partes interesadas en el desarrollo han dado prioridad a muchos de esos grupos, en tanto que las personas con afecciones mentales han sido ampliamente ignoradas.

3. Otros grupos vulnerables presentan altas tasas de afecciones mentales

Pobreza es dolor; se siente como una enfermedad. Ataca a una persona no solo materialmente sino moralmente. Corroe gradualmente la dignidad y nos impulsa a una desesperación total.

—Mujeres viviendo en condiciones de pobreza, República de Moldavia¹⁶³



La sección anterior mostró cómo las personas con problemas de salud mental satisfacen los criterios para ser consideradas como un grupo vulnerable. Esta sección examina la situación desde una perspectiva diferente, describiendo cómo los grupos vulnerables que son el objetivo de las partes interesadas en el desarrollo – por ejemplo, personas viviendo con SIDA (Ver el Cuadro 2) – también tienen altas tasas de problemas de salud mental.¹



Overviews from top left: RIM/Marcochet Deghafi; UN Photo/John Isaac; WHO; RIM/Alan Gichigi

Los estudios indican un aumento en la prevalencia de los problemas de salud mental en los grupos vulnerables.

Cuadro 2 VIH/SIDA y problemas de salud mental

Entre 11% y 63% de las personas con VIH positivo que viven en países de ingresos bajos y medios padecen depresión.^{164, 165} Debido a la naturaleza impredecible del progreso del SIDA, las personas con el problema también están más propensas a sufrir ansiedad, estrés y trastorno de pánico.¹⁶⁶ Varios estudios han demostrado que el estrés afecta la función inmune¹⁶⁷ y la depresión está vinculada a la falta de adherencia a la terapia antiretroviral.¹⁶⁸ En la República Unida de Tanzania, un estudio reveló que 57% de las mujeres con VIH experimentaron depresión por lo menos una vez durante el periodo de 6 a 8 años del estudio y que la depresión estaba asociada con una mayor probabilidad de progresión de la enfermedad y muerte.¹⁵³

¿Cómo conduce la vulnerabilidad a una salud mental deficiente? El estigma y la marginalización generan baja auto estima, falta de confianza en sí mismo, reducción de la motivación y menos esperanza para el futuro. Además, la estigmatización y marginalización resultan en aislamiento, lo cual constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de futuros problemas de salud mental. La exposición a la violencia y el abuso pueden causar serios problemas de salud mental, incluidos la depresión, ansiedad y dolencias psicosomáticas. Esta relación se ha observado en todas las formas de violencia y abuso, incluidas el abuso físico, sexual y psicológico, y a lo largo de una variedad de situaciones, desde guerras y conflictos hasta condiciones de vida adversas

Lo peor no es el abuso físico, sino el terror que viene después, el abuso emocional. Todavía estoy enojada y aterrada.

—Una mujer sometida a violencia doméstica, Australia¹⁶³

Una salud mental deficiente puede ser tanto una causa como una consecuencia de la experiencia de desigualdades sociales, civiles, políticas, económicas y ambientales (ver el Cuadro 3). Los problemas de salud mental son más comunes en áreas de privación y la salud mental deficiente está consistentemente asociada con desempleo, menor nivel de educación, bajos ingresos o bajo estándar económico de vida, además de una salud física deficiente y eventos adversos de la vida.¹⁶⁹ La Figura 1 ilustra el ciclo que puede surgir entre los grupos vulnerables, los problemas de salud mental y los resultados adversos del desarrollo.

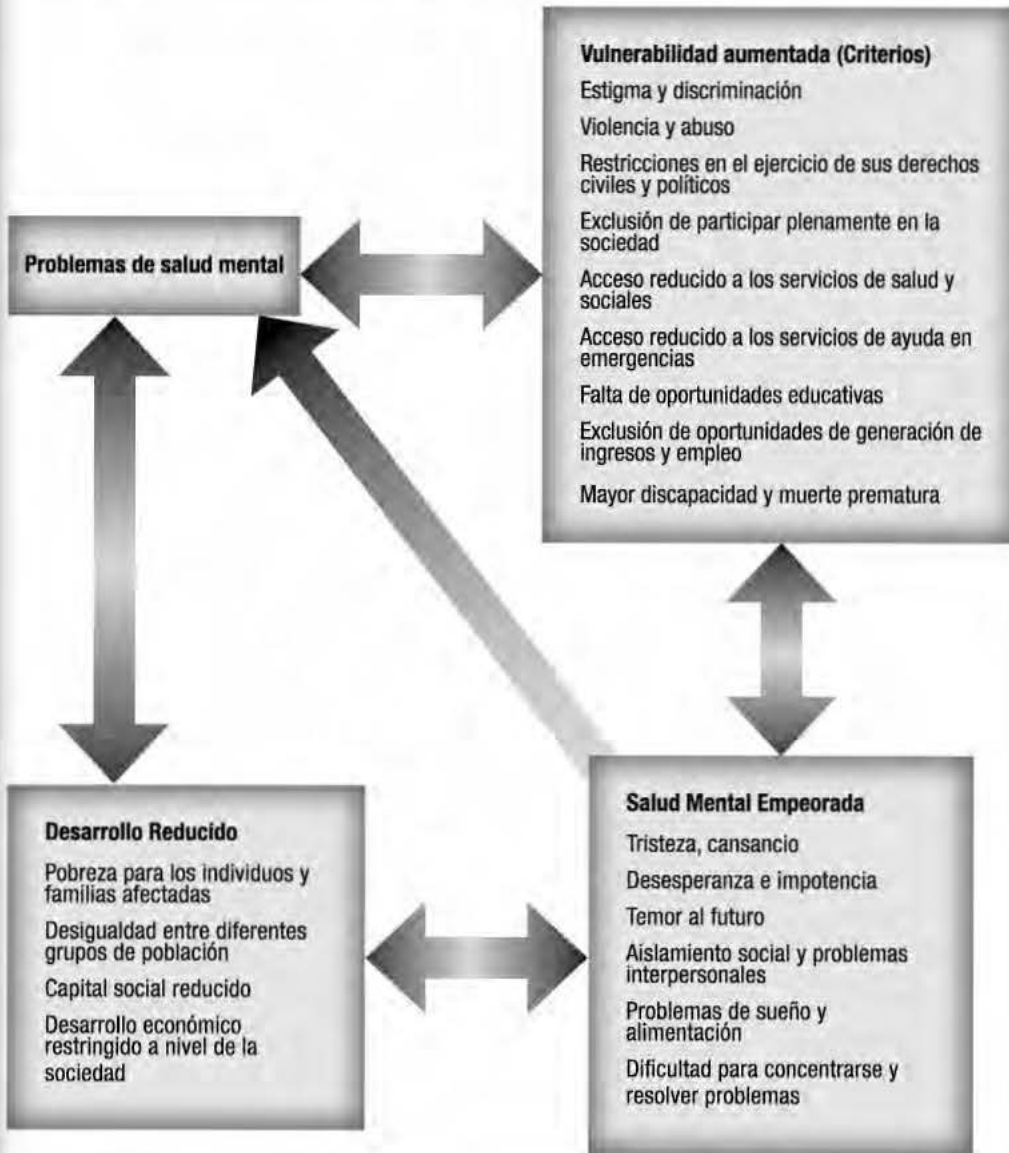
Cuadro 3 Pobreza y problemas de salud mental – un círculo vicioso

La pobreza y los problemas de salud mental interactúan en un ciclo negativo:

- Las personas que viven en condiciones de pobreza no solo carecen de los recursos financieros para mantener los estándares básicos de vida, sino que además tienen menos oportunidades de educación y empleo. También están expuestas a ambientes de vida adversos, tales como tugurios o áreas marginadas sin saneamiento ni agua, y son menos capaces de acceder a los servicios de salud de buena calidad. Estas condiciones estresantes colocan a las personas en un mayor riesgo de desarrollar un problema de salud mental.
- Las personas con afecciones mentales algunas veces no pueden trabajar a causa de sus síntomas. Debido a la discriminación, otras personas pierden el trabajo o se les niegan las oportunidades de empleo, impulsándolas a hundirse más en la pobreza. Muchas no tienen medios para pagar por el tratamiento que necesitan; en otros casos, el dinero se gasta en costosos tratamientos de salud mental. Si el tratamiento resulta ser inefectivo o inapropiado, el resultado es aun peor ya que las personas no solo han gastado sus recursos financieros, sino que su problema de salud no ha mejorado.

Figura 1

Las relaciones entre vulnerabilidad, problemas de salud mental y resultados adversos del desarrollo.



Algunos ejemplos de países:

- Los investigadores en Australia mostraron que dos terceras partes de las personas sin hogar desarrollan problemas de abuso de sustancias y más de la mitad desarrolla problemas de salud mental después de perder un lugar estable donde vivir.¹⁷⁰
- Un estudio en África del Sur reveló que 44% de las personas que viven con HIV tiene un problema de salud mental diagnosticable, en tanto que la prevalencia de los problemas de salud mental en la población general es solamente de 17%.¹⁷¹
- Los investigadores en África del Sur también mostraron que los niños que han quedado huérfanos a causa del SIDA, tienen tasas significativamente más altas de depresión, estrés postraumático e ideas suicidas que los niños que no son huérfanos.¹⁷²
- En un estudio realizado por la OMS en múltiples países, las mujeres que habían sido objeto de violencia física o sexual o ambas por parte de su pareja sentimental, reportaron niveles de aflicción emocional más altos que otras mujeres y estaban más propensas a intentar suicidarse.¹⁷³

Las implicaciones son claras. Las estrategias y planes de desarrollo necesitan llegar a las personas con problemas de salud mental, así como también abordar las necesidades de salud mental de otros grupos vulnerables que ya constituyen un objetivo. Los principios generales y las intervenciones recomendadas en la siguiente sección proporcionan una guía para lograr este propósito.

4. Mejorando los resultados del desarrollo: principios y acciones

Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de los esfuerzos nacionales para hacer efectivos el propósito y los objetivos de la presente Convención, y tomarán las medidas pertinentes y efectivas a este respecto... asegurando que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible a las personas con discapacidad...

— Artículo 32, Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad



Generación de ingresos



Sociedad civil



Atención primaria



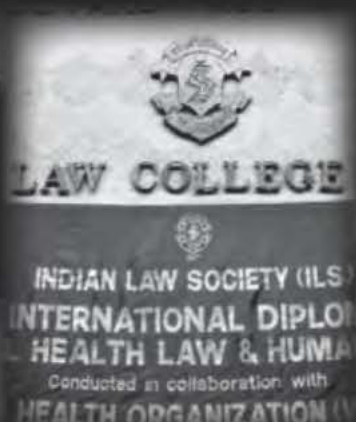
Educación



Incorporación



Vivienda



Derechos humanos



Atención de emergencia

En muchos países, los temas de salud mental han sido omitidos en las estrategias y planes de desarrollo, aun cuando las personas con problemas de salud mental son un grupo vulnerable y a menudo excluido de las oportunidades de desarrollo. A medida que los planes internacionales de desarrollo en los países de ingresos bajos y medios se centren cada vez más en los grupos vulnerables, las personas con problemas de salud mental (como en el caso de otros grupos vulnerables) se deberán incluir en el desarrollo de estrategias y planes y ser los beneficiarios de los mismos. Las partes interesadas en el desarrollo tienen un papel que desempeñar en abogar por la inclusión e incorporación de las estrategias y planes nacionales de desarrollo y en fortalecer la participación de las personas con problemas de salud mental en la planificación nacional.

Esta sección analiza un conjunto de principios generales y evidencia específica basada en acciones que si se integran dentro de las estrategias y planes nacionales de desarrollo y sectoriales, pudieran mejorar significativamente las vidas de las personas con problemas de salud mental y, por consiguiente, mejorar los resultados del desarrollo.

4.1 Principios generales

Debido a que las personas con problemas de salud mental satisfacen los criterios de vulnerabilidad, los planes nacionales de desarrollo y sectoriales deben ser inclusivos y accesibles a las personas con afecciones mentales. Las partes interesadas en el desarrollo deben priorizar e incluir dentro de los programas de desarrollo las necesidades de las personas con afecciones mentales, al igual que las de otros grupos vulnerables.

Las partes interesadas en el desarrollo deben:

- Reconocer explícitamente que las personas con problemas de salud mental constituyen un grupo vulnerable;
- Consultar con las personas con problemas de salud mental todos los asuntos que las afectan;
- Diseñar e implementar políticas, estrategias e intervenciones que estén dirigidas específicamente para llegar a las personas con problemas de salud mental;
- Incorporar las intervenciones de salud mental en políticas, estrategias e intervenciones más amplias dirigidas a la reducción de la pobreza;
- Garantizar que los fondos sean asignados a las intervenciones de salud mental y a los esfuerzos de incorporación;
- Intentar y respaldar activamente a las personas con problemas de salud mental para que participen en los programas de desarrollo en sus países;
- Asegurar que los beneficiarios del financiamiento del desarrollo aborden las necesidades de las personas con afecciones mentales como parte de su trabajo de desarrollo;
- Implementar las acciones específicas resaltadas en el informe.

4.2 Acciones específicas

Se necesitan programas y acciones específicas para abordar los factores de salud, sociales y económicos que conducen a (más) vulnerabilidad, según se describió en las secciones anteriores de este informe. Las áreas para la acción incluyen las siguientes:

1. Proporcionar tratamiento y atención integral a los problemas físicos y mentales a través de la atención primaria;
2. Integrar los temas de salud mental en políticas, programas y alianzas más amplias;
3. Integrar la salud mental en los servicios durante y después de emergencias;
4. Incluir los asuntos de salud mental dentro del desarrollo de los servicios sociales, incluyendo vivienda;
5. Incorporar los asuntos de salud mental en la educación;
6. Incluir a las personas con problemas de salud mental en los programas de generación de ingresos;
7. Fortalecer las protecciones de los derechos humanos para las personas con problemas de salud mental;
8. Desarrollar el potencial de las personas con problemas de salud mental para que participen en los asuntos públicos.

4.2.1 Proporcionar tratamiento y atención integral a través de la atención primaria

Yo acudo a la consulta con un doctor en el centro de atención primaria todas las semanas. En el centro, recibo los mismos medicamentos que el psiquiatra solía darme. He estado bien durante cuatro años, sin necesidad de regresar al hospital psiquiátrico. Me gusta vivir en casa y ahora soy un hombre feliz, con mi esposa, mi madre y mi padrastro.

—Persona que vive con un problema de salud mental, Chile¹⁴⁹

Anteriormente se indicó en este informe que una gran proporción de personas con afecciones mentales no recibe el tratamiento y la atención que necesitan para sus problemas de salud física y mental.^{69, 70} Principalmente como resultado de este vacío en el tratamiento, las personas con afecciones mentales tienen muchas más probabilidades que la población general de tener una salud mental deficiente y morir prematuramente.

Las intervenciones de salud mental, incluidas las estrategias psicosociales, farmacológicas y del manejo de la salud han demostrado ser efectivas en una amplia gama de países (Cuadro 4).^{174, 175, 176, 177, 178} Las intervenciones reducen la gravedad de los síntomas^{174, 175, 179} y mejoran el funcionamiento diario en la vida laboral, social y comunitaria.¹⁷⁵

Cuadro 4 Las intervenciones de salud mental son rentables¹⁸⁰

El tratamiento de los problemas de salud mental es tan económico como el tratamiento antiretroviral para el HIV/SIDA, la prevención secundaria de la hipertensión y el control de la glicemia para la diabetes. La ampliación de un paquete completo de intervenciones de atención primaria para la esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y consumo perjudicial de alcohol en un periodo de 10 años, requeriría una inversión adicional total de tan solo US\$ 0.20 per cápita por año en los países de ingresos bajos y de US\$ 0.30 per cápita por año en los países de ingresos medios bajos, es decir, un desembolso económico de hasta \$2 por persona y \$3–4 respectivamente.

Teniendo en cuenta que el tratamiento de los problemas mentales es asequible y rentable, todos los servicios de salud establecidos como parte de la respuesta nacional de salud deben incluir un componente de salud mental. Las intervenciones de salud mental se deben integrar sistemáticamente, comenzando en la atención primaria. Para que sea plenamente eficaz y eficiente, la atención primaria para la salud mental debe complementarse con la atención secundaria, y tener vínculos con los servicios informales basados en la comunidad y cuidado de sí mismo.¹⁴⁹ Las intervenciones se deben enfocar en el apoyo, no en la coerción, y se deben personalizar de acuerdo con los valores y prioridades de los individuos y sus familias.

Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial de Médicos de Familia, *Integrando la salud mental en la atención primaria: una perspectiva global*, identificó diez principios para la integración exitosa de la salud

mental en la atención primaria (ver el Cuadro 5).¹⁴⁹ Mediante la adopción de los diez principios, los países pueden mejorar el conocimiento, las habilidades y la confianza de los profesionales de la salud para proporcionar intervenciones de salud mental; mejorar los resultados de salud y sociales para las personas con afecciones mentales; y aumentar considerablemente la disponibilidad de las intervenciones de salud mental en toda la población. El Cuadro 6 resume una variedad de



WHO/Christopher Black

La integración de la salud mental en los servicios de atención primaria es vital.

experiencias de países con la integración de la salud mental en la atención primaria.

Diez principios para la integración exitosa de la salud mental en la atención primaria¹⁴⁹

1. Las políticas y planes necesitan incorporar la salud mental en la atención primaria. Tanto las políticas y planes de salud mental como las de salud general deben hacer énfasis en los servicios de salud mental en el nivel de la atención primaria.
2. Se requiere abogacía para cambiar las actitudes y la conducta. Se requiere tiempo y esfuerzo para sensibilizar al liderazgo político local, las autoridades de salud, la administración y al personal de atención primaria acerca de la importancia de la integración de la salud mental.
3. Se requiere capacitación adecuada del personal de atención primaria. Es esencial la capacitación del personal de atención primaria antes del servicio y/o durante el servicio, y el personal de salud también debe entrenarse en habilidades y recibir supervisión especializada en el transcurso del tiempo.
4. Las tareas de atención primaria se deben limitar y deben ser factibles. Las decisiones acerca de tareas específicas se deben adoptar después de una consideración detallada de las circunstancias locales.
5. Los profesionales especializados en salud mental al igual que los establecimientos deben estar disponibles para brindar apoyo a la atención primaria. La integración de los servicios de salud mental en la atención primaria deben estar acompañados de servicios complementarios, especialmente los componentes de la atención secundaria a los que el profesional de atención primaria puede acudir para referencias, apoyo y supervisión.
6. Los pacientes deben tener acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales en la atención primaria. Los países deben revisar y actualizar la legislación y las regulaciones para permitir que el personal de atención primaria prescriba y despache medicamentos psicotrópicos, especialmente donde los especialistas en salud mental y médicos son escasos, y deben distribuir medicinas psicotrópicas directamente a los establecimientos de atención primaria, en lugar de hacerlo a través de los hospitales psiquiátricos.
7. La integración es un proceso, no un evento. La integración toma tiempo y típicamente involucra una serie de acontecimientos que se extienden a lo largo de varios años.
8. La existencia de un coordinador de servicios de salud mental es crucial. Los coordinadores de salud mental son esenciales para dirigir los programas en torno a los retos y llevar hacia adelante el proceso de integración.
9. Se requiere la colaboración con otros sectores gubernamentales no relacionados con la salud, organizaciones no gubernamentales, personal de salud de pueblos y comunidades. Las personas y las agencias fuera del sector de salud pública pueden proporcionar apoyo complementario y ayudar a las personas con afecciones mentales a tener acceso a los recursos que necesitan y a integrarlas plenamente en la comunidad.
10. Se necesitan recursos financieros y humanos. Aunque la atención primaria para la salud mental es rentable, se necesitan recursos financieros para emplear y capacitar al personal de atención primaria y para comprar medicamentos psicotrópicos.

Experiencias de países: brindando tratamiento y atención integral a los problemas de salud física y mental a través de la atención primaria

- En Ciudad del Cabo, África del Sur, el Proyecto de Salud Mental Perinatal previene y trata la aflicción psicológica que rodea el embarazo, por medio de alianzas con la atención obstétrica de servicios públicos, con el fin de proporcionar apoyo integral y holístico a la salud mental. Desde 2002, más de seis mil mujeres embarazadas han sido examinadas y aproximadamente mil han recibido consejería y/o atención psiquiátrica en el sitio. El servicio no tiene ningún costo adicional para estas mujeres.^{181, 182}
- En el Distrito de Sembabule en Uganda, las personas con problemas de salud mental reciben su atención de salud general junto con su atención de salud mental. Esto significa que no se descuida ni su salud mental ni su salud física; y las personas son tratadas integralmente. El personal de atención primaria de la salud identifica los problemas de salud mental, trata a las personas con afecciones mentales comunes o estabiliza los problemas crónicos de salud mental, maneja las urgencias y refiere a las personas que requieren cambios en la medicación u hospitalización. Los servicios de alcance especializados desde el nivel hospitalario hasta el nivel de atención primaria facilitan el constante monitoreo y capacitación del personal de atención primaria. Además, se han formado equipos de salud en las aldeas que están compuestos por voluntarios que ayudan a identificar, referir y dar seguimiento a las personas con afecciones mentales. En comparación con el modelo de atención institucional previo, el tratamiento de la salud mental en la atención primaria de la salud ha mejorado el acceso, produciendo mejores resultados y minimizado la alteración de las vidas de las personas.¹⁴⁹
- La República Islámica de Irán ha intentado lograr la plena integración de la salud mental en la atención primaria desde finales de la década de 1980. A nivel de aldea, el personal de salud comunitaria tiene responsabilidades de salud mental claramente definidas, incluyendo la búsqueda activa de casos y referencias. Los médicos generales brindan atención de salud mental como parte de sus responsabilidades médicas generales y, por lo tanto, los pacientes reciben servicios integrados y holísticos en centros de atención primaria de salud. Si los problemas son complejos, los médicos generales refieren a los pacientes a centros de salud distritales o provinciales, los cuales cuentan con el apoyo de especialistas en salud mental. Una importante faceta de la reforma de salud mental en Irán ha sido su balanza nacional, especialmente en las áreas rurales: en 2006, 82% de la población rural tenía acceso a la atención primaria de salud mental.¹⁴⁹

4.2.2 Integrar los asuntos de salud mental en las políticas, programas y asociaciones de salud más amplias

Debemos hacer más para integrar la concienciación de la salud mental en todos los aspectos de la política de salud y social, la planificación del sistema de salud y la atención primaria y secundaria de salud general.

—Ban Ki-moon, Secretario General de las Naciones Unidas¹⁸³

Muchos países han omitido los temas de salud mental en las políticas, programas y asociaciones de salud más amplias. La omisión de estos temas en la agenda de salud general perpetúa los sistemas verticales de los servicios y el desarrollo de políticas y planes de salud mental separados para abordar los vacíos en las políticas y planes más amplios. Estas políticas, planes y servicios de salud mental separados a menudo no se pueden implementar debido a que sus requerimientos básicos no están incluidos en la estrategia de salud global.

Cuando las partes interesadas en el desarrollo proporcionan apoyo a los países, asumen importantes roles para promover la salud mental, resaltando los asuntos de las necesidades no satisfechas, la vulnerabilidad y los derechos humanos, y para abogar por la inclusión de estos temas en las políticas y planes nacionales de salud y el desarrollo de los recursos humanos (ver el Cuadro 7 para conocer un ejemplo de Belice). También pueden apoyar la integración de los temas de salud mental en los esfuerzos globales y multisectoriales, tales como la Asociación Internacional de Salud¹⁸⁴ la Alianza Mundial de Profesionales de la Salud,¹⁸⁵ la Alianza Mundial de Profesionales de la Salud¹⁸⁶ y la Red Métrica de Salud,¹⁸⁶ como ha sido el caso de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.



UN Photo/Paulo Figueiras

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aborda el tema de los derechos de las personas con problemas de salud mental.

La agenda nacional de salud de Belice (2007–2011) proporciona visibilidad a los asuntos de salud mental y requiere que el gobierno logre una serie de resultados esperados que son claves en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental. Tiene la finalidad de prevenir y reducir la incidencia de los problemas de salud mental y de proporcionar atención de buena calidad a las personas en necesidad. Los servicios consisten en servicios ambulatorios basados en la atención primaria que son complementados por la atención hospitalaria/especializada y el alcance comunitario. Las áreas específicas para la acción incluyen: desarrollo de un plan de recursos humanos en salud mental; capacitación del personal de salud general en el manejo de los problemas de salud mental; desarrollo de servicios de apoyo de base comunitaria, incluyendo vivienda; y apoyo al desarrollo de organizaciones de usuarios a escala nacional. El gobierno será responsable de lograr resultados tangibles de acuerdo con los objetivos que han sido adecuadamente definidos para cada una de estas áreas.

4.2.3 Integrar la salud mental en los servicios durante y después de emergencias

Los impactos psicológicos y sociales de las emergencias pueden ser agudos a corto plazo, pero a largo plazo, también pueden socavar la salud mental y el bienestar psicosocial de la población afectada. Una de las prioridades en situaciones de emergencia es, por lo tanto, proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas. Estos impactos pueden amenazar la paz, los derechos humanos y el desarrollo. El logro de esta prioridad requiere la acción coordinada de todos los actores humanitarios gubernamentales y no gubernamentales.

—Introducción al Comité Permanente Inter-Agencia sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Escenarios de Emergencia⁹⁹

Como se describió anteriormente en este informe, los desastres naturales y otras situaciones de emergencia conducen a una diversidad de problemas de salud mental, que abarcan desde reacciones de estrés a corto plazo hasta ansiedad y trastornos depresivos y psicosis. Adicionalmente, las personas con afecciones mentales pre-existentes, a menudo experimentan interrupciones en su tratamiento y atención, y en algunos casos son abandonadas por sus cuidadores.

El personal de atención primaria para ayuda en emergencias, muchas veces no está capacitado ni equipado para manejar y apoyar a las personas con afecciones mentales. Por ejemplo, las medicinas psicotrópicas no se incluyeron en el Kit de Emergencias de Salud hasta julio de 2009. La versión recientemente actualizada del kit (4ta edición, 2010) ahora incluye cuatro medicinas psicotrópicas esenciales,

las cuales cubren los problemas de salud mental más graves y agudos. Este kit se envía a los países como parte de los servicios de ayuda en emergencias y contiene medicinas esenciales y dispositivos médicos que son urgentemente necesarios durante el periodo de 3 meses que sigue a un desastre natural.¹⁸⁸

Las intervenciones de salud mental después de las emergencias por lo general se centran exclusivamente en la ayuda en emergencia (a corto plazo), en lugar de en la (re)construcción del desarrollo a largo plazo. Esto es una oportunidad perdida. Aunque a corto plazo el apoyo a la salud mental es importante, especialmente para los grupos vulnerables, las partes interesadas en el desarrollo deben dirigir el grueso de sus recursos para la atención de salud mental hacia la (re)construcción de los servicios de salud mental de base comunitaria. Esto ayudará a garantizar que las personas con afecciones mentales pre-existentes, al igual que aquellas que desarrollaron problemas crónicos de salud mental como resultado de la emergencia, tengan acceso permanente a los servicios. También puede ser usado para superar las deficiencias históricas en la calidad de los servicios de salud mental (ver el Cuadro 8), por ejemplo, exhortando una transición desde la atención institucional hacia la atención basada en la comunidad.



WHO/Mario Kollic

Las estrategias posteriores a las emergencias deben priorizar los servicios de salud mental comunitaria.

Cuadro 8

Posterior al tsunami en Sri Lanka¹⁸⁹

Inmediatamente después del desastre del tsunami en 2004, la promoción activa de numerosas oportunidades dio lugar a mejoras significativas en el sistema de salud mental de Sri Lanka. Durante los meses que siguieron al impacto del tsunami, Sri Lanka fue invadida por las agencias de ayuda, cada una de las cuales estaban ofreciendo servicios de salud mental y apoyo social a corto plazo. Contando con el apoyo firme y constante de la Organización Mundial de la Salud, se adoptaron medidas para mantener este interés en la salud mental y usarlo para iniciar un proceso de desarrollo de políticas a nivel nacional. Diez meses después del desastre, el Gobierno de Sri Lanka aprobó una nueva política nacional de salud mental, basada en consenso, para fortalecer la gobernabilidad, gestión y administración de los servicios de salud mental y para reconfigurar la organización de los servicios de salud mental de manera que exista atención multidisciplinaria localmente disponible en todos los distritos.

4.2.4 Incluir los asuntos de salud mental dentro del desarrollo de los servicios sociales, incluyendo vivienda

Un ambiente seguro, tener una comida caliente. Algún lugar donde estar y recibir apoyo. Un escape social.

—Encuestado de una entrevista sobre nuevas personas sin hogar en Australia¹⁹⁰

Según se analizó previamente en este informe, las personas con problemas de salud mental a menudo carecen de un lugar estable donde vivir. Por otra parte, las personas sin hogar pueden generar problemas de salud mental. El resultado neto es que las personas sin hogar y los problemas de salud mental con frecuencia coexisten, y como tales, requieren un enfoque integral.¹⁹¹

Existen programas exitosos para las personas sin hogar que proporcionan alojamiento estable con servicios de apoyo, ayudan al desarrollo de destrezas relacionadas con el trabajo (incluyendo habilidades de comunicación y manejo emocional) y a la búsqueda de empleo, y ofrecen consejería de apoyo durante todo el proceso de búsqueda de empleo y más allá.¹⁹²



Se requiere un enfoque multifacético a los problemas de las personas sin hogar y las personas con problemas de salud mental.

El caso de la vivienda ilustra un punto más amplio para el desarrollo de los servicios sociales: se requiere un enfoque integral porque muchos clientes tienen múltiples necesidades (ver el Cuadro 9). Cuando se establecen o fortalecen los servicios sociales dentro de los países, el plan de desarrollo nacional debe implementar mecanismos que establezcan vínculos sólidos entre las áreas de servicios, especialmente entre la salud, la salud mental y otros servicios sociales, tales como vivienda.¹⁹³

Cuadro 9

Cómo una intervención de salud mental cambió la vida de un joven^{194, 195, 196}

YouthLink es una organización no gubernamental en los Estados Unidos de América que ayuda a los jóvenes marginados y sin hogar, en su transición hacia el mundo adulto. Muchos clientes experimentaron el trauma de los años de abuso en sistemas caóticos de custodia adoptiva antes de quedar sin hogar. Alrededor de 80% de los clientes de YouthLink tiene problemas de salud mental, algunos son tan graves que han ocasionado su expulsión de los servicios de refugio, escuelas y hospitales. Youthlink proporciona una amplia gama de servicios de apoyo en un entorno central. También conecta a los clientes con los recursos para la atención de la salud, vivienda, capacitación de trabajo y empleo.



Un cliente de YouthLink, 21 años de edad, comenzó a participar en el programa hace tres años. Fue inmediatamente referido a los servicios de salud mental debido a que tenía un diagnóstico relativamente nuevo de esquizofrenia. En ese momento, no estaba tomando sus medicamentos en forma consistente y su nivel de funcionamiento no era adecuado. Con el continuo apoyo de YouthLink, este joven pudo cumplir con el tratamiento. Ahora está viviendo en un establecimiento de alojamiento para jóvenes y asistiendo a la universidad. Sin la ayuda de YouthLink, es muy poco probable que hubiera logrado obtener los requisitos básicos tales como ropa, alimento y refugio, y mucho menos convertirse en un estudiante universitario exitoso con un futuro prometedor.

4.2.5 Incorporar los asuntos de salud mental en la educación

Las escuelas deben iniciar nuevos esfuerzos para promover la educación de la salud mental en sus planes de estudio de salud, de manera que los niños como mi primo puedan llevar una vida normal.

—Mona, 17 años de edad, Fiji¹²¹

Las partes interesadas en el desarrollo tienen roles claves en exhortar a los países a que permitan que los niños con problemas de salud mental – los que viven en las comunidades y los que viven en establecimientos residenciales – tengan acceso a la educación. Se requieren esfuerzos para asegurar que las oportunidades de educación estén igualmente disponibles y accesibles, y que se mitiguen las barreras sociales que

Cuadro 10 La historia de Muthu¹⁹⁷

Muthu, 14 años de edad, nació con múltiples impedimentos físicos y mentales. Tiene dificultades para caminar y para hablar, y como consecuencia, él y sus padres son objeto de estigma generalizado en la remota aldea de India donde viven. La madre de Muthu, una maestra, estaba decidida a que su hijo recibiera una educación a pesar de estos retos. Muthu comenzó su educación en una escuela especial para niños con discapacidades. Posteriormente, asistió a un centro educativo con otros niños de la comunidad.

Actualmente, Muthu puede caminar y hablar. Entiende las tablas de multiplicar y puede sumar y restar números. Es también importante destacar que aprendió destrezas interpersonales que le permiten interactuar productivamente con su familia y su comunidad. Muthu no es la única persona que aprendió de esta experiencia: otros maestros y miembros de la comunidad ahora entienden que todos los niños tienen derecho a la educación. Debido al éxito de esta educación inclusiva, los padres de Muthu están ahora seguros de que su hijo puede enfrentar el mundo y convertirse en un miembro productivo de la sociedad.

pudieran impedir que los niños con problemas de salud mental asistan a la escuela (ver el Cuadro 10).

Una vez que los niños con afecciones mentales estén en la escuela, los programas de salud mental en el sitio pueden proporcionar servicios y ayudarlos a permanecer en el sistema educativo. Las escuelas con programas de salud mental también pueden identificar y apoyar a otros niños con problemas de salud mental, además de prestarles constantes servicios a aquellos con graves problemas de salud mental.

En forma más amplia, los programas de salud mental con base en las escuelas, proporcionan un contexto que permite llegar fácilmente y con mínimo estigma a una población más amplia de niños.¹⁰⁹ A través de estos programas con base en las escuelas, se puede brindar una variedad de actividades de promoción de la salud mental, por ejemplo, programas para combatir la intimidación, manejar el estrés y desarrollar habilidades necesarias para la vida diaria.

El impacto de los programas de salud mental con base en las escuelas es extenso y a largo plazo. Pueden prevenir la aparición o el empeoramiento de los problemas de salud mental en la edad adulta, y ayudar a asegurar que se maximice el número de personas que finaliza la educación. Esto conduce a una mayor productividad y desarrollo económico para la sociedad como un todo.



UN Photo/x

Los niños con problemas de salud mental necesitan recibir apoyo para tener acceso a la educación.

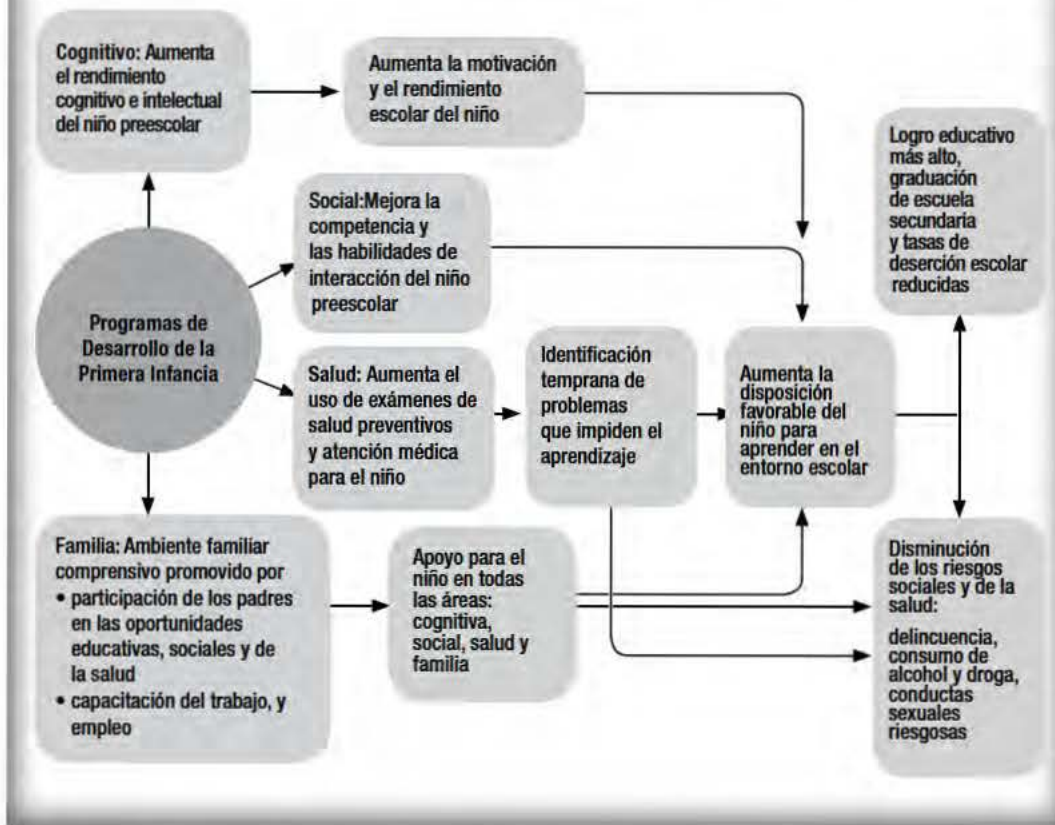
Además de apoyar los programas con base en las escuelas, los planes nacionales de desarrollo y los planes del sector educativo pueden mejorar la educación y los resultados del desarrollo para los grupos vulnerables, apoyando los programas de la primera infancia que abordan el desarrollo cognitivo, sensorial-motor (físico) y psicosocial de los niños, así como las relaciones entre padres e hijos.¹⁹⁸ Estos grupos vulnerables pueden incluir a los hijos de personas con afecciones mentales, niños que viven en condiciones de pobreza y niños con retrasos evolutivos. Se han documentado múltiples efectos positivos de las intervenciones en la primera infancia hasta bien entrada la etapa

adulta, indicando claramente que es una importante oportunidad de inversión para el desarrollo. La Figura 2 muestra las formas en las que el desarrollo de la primera infancia influye en los resultados de la edad adulta.

Los beneficios de los programas de la primera infancia también han sido documentados hasta por 27 años en los países de ingresos altos²⁰⁰ y hasta por 17 años en los países de ingresos bajos y medios²⁰¹ (ver el Cuadro 11 para

Figura 2

Mecanismos sugeridos a través de los cuales los programas de la primera infancia mejoran los resultados educativos, sociales y de la salud.¹⁹⁹



Cuadro 11

El Proyecto Preescolar High/Scope Perry^{200, 203}

En los Estados Unidos de América, los niños que provienen de ambientes empobrecidos asistieron a una intervención preescolar de medio día y recibieron visitas semanales al hogar. No solo obtuvieron beneficios a corto plazo, sino también beneficios a largo plazo documentados hasta la edad de 27 años. La evidencia recopilada en el transcurso de veintidós años, indica que el Programa Preescolar High/Scope Perry redujo la delincuencia a la mitad, redujo la deserción escolar y la demanda por ayuda de asistencia pública, aumentó los ingresos de los participantes en la edad adulta y su patrimonio personal, y le proporcionó a los contribuyentes una devolución de impuestos de US\$ 7.16 por cada dólar invertido en el programa.

información adicional). Se ha demostrado que las intervenciones en la primera infancia mejoran las destrezas sociales de los niños, así como la confianza en sí mismos, sus relaciones con los adultos y la motivación. También mejoran las tasas subsiguientes de matrícula escolar, la edad de entrada a la escuela, la retención

escolar y el rendimiento académico. Igualmente importante, las intervenciones en la primera infancia reducen los problemas en la edad adulta, tales como afecciones mentales y físicas, abuso de drogas, encarcelación y desempleo.^{201, 202}

Existe robusta evidencia de que los programas preescolares de buena calidad mejoran el desarrollo cognitivo, verbal y social, y producen mejores resultados educativos y reducciones en los problemas de salud mental, delincuencia y desempleo hasta los 27 años.²⁰⁰

4.2.6 Incluir a las personas con problemas de salud mental en los programas de generación de ingresos

Estoy adquiriendo habilidades que me ayudarán a regresar a mi vida normal. Ya no estoy desocupada. Mi energía ahora se ha desviado de deambular sin sentido a realizar un trabajo productivo.

—Aminu Nasam, analizando los beneficios de participar en un proyecto de 'regreso al trabajo' para personas que padecen problemas mentales en Ghana²⁰⁴

Según se describió previamente en este informe, los problemas de salud mental están asociados con altos índices de desempleo. Esto ocurre a pesar del hecho de que las personas con problemas de salud mental son capaces de trabajar y ser productivas, especialmente cuando se les brindan intervenciones de salud mental apropiadas y se les ofrecen habilidades vocacionales y apoyo social.^{107, 175, 205, 206}

Un hombre en una aldea remota en Timor-Leste fue encadenado durante 15 años por su familia porque no podían afrontar su afección mental. Después de solo dos meses de tratamiento, se recuperó lo suficiente para trabajar en arrozales y comenzar a ayudar a su familia.²⁰⁷

Para que esto suceda, se debe abordar el estigma y la discriminación en la comunidad,^{28, 133, 208} y las personas con problemas de salud mental también deben recibir apoyo directo. Se ha demostrado en forma consistente que los programas de empleo, en los que las personas con graves afecciones mentales realizan trabajos remunerados con apoyo y capacitación constante, resultan en tasas de empleo más altas, mejores salarios, más horas de empleo por mes, así como mejor salud mental. Estos efectos han sido demostrados por muchos estudios de investigación que compararon a los participantes del programa con personas que no recibieron este tipo de apoyo.²⁰⁹ En China, los empleados de una fábrica que desarrollaron problemas de salud mental recibieron rehabilitación vocacional en un ambiente de taller protegido hasta que estuvieron lo suficientemente bien como para regresar a sus previos empleos. Se ha demostrado que este método reduce las recaídas.²¹⁰ En Ghana, India, Sri Lanka, Uganda y la República Unida de Tanzania, las personas con afecciones mentales que recibieron tratamiento y apoyo son capaces de dedicarse a la agricultura a pequeña escala: plantar cultivos, cuidar las aves y contribuir al suministro de alimentos de sus familias.¹⁰⁷ El Cuadro 12 proporciona una descripción de un proyecto como éste en Ghana y Sri Lanka, y el Cuadro 13 describe cómo gracias a ello, una persona y su familia recibieron ayuda.



Se deben crear oportunidades de empleo para las personas con problemas de salud mental.

Los subsidios para actividades de pequeños negocios han demostrado ser beneficiosos, no sólo para las personas con afecciones mentales sino también para sus familias y comunidades.^{107, 208, 211} Los subsidios sociales también son considerados valiosos, aunque son inexistentes en muchos países.⁷⁸ Estos subsidios proporcionan una red de seguridad necesaria para los grupos vulnerables, incluyendo a las personas con afecciones mentales. Por lo tanto, se debe instar a los programas de desarrollo a incluir ambos tipos de programas. El Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales enfatiza la importancia de proporcionar apoyo adecuado de ingreso a las personas con discapacidad, incluyendo aquellas con problemas de salud mental.²¹² Los estudios de otros grupos vulnerables han revelado que las transferencias de ingreso tienen un efecto positivo en la salud mental.^{213, 214}

Cuadro 12 **Proyectos de Horticultura de BasicNeeds**^{215, 216, 217}

Ahmed de Ghana se recuperó notablemente de una grave afección mental hace algunos años. A miles de millas de distancia, Dayanada en Sri Lanka, quien padece esquizofrenia, también siente que está bien adelantado en su camino hacia la recuperación. Tanto Ahmed como Dayanada trabajan en sus respectivos países en granjas hortícolas administradas por BasicNeeds, una organización no gubernamental que trabaja en el campo de la salud mental y el desarrollo.



Cuatro proyectos de horticultura de BasicNeeds' en Ghana y Sri Lanka ofrecen oportunidades de trabajo a las personas que no califican para intervenciones vocacionales basadas en la comunidad. Muchos trabajadores han sido internados en hospitales psiquiátricos, a menudo por muchos años, o son desamparados y no cuentan con apoyo de la familia. Hay dos granjas ubicadas dentro de los predios de los hospitales psiquiátricos. Una tercera granja se encuentra en un terreno que fue donado por un jefe tradicional del área, y la cuarta granja es administrada por un socio de BasicNeeds, quien se especializa en formar cooperativas de agricultores orgánicos.

En un día cualquiera, el trabajo de estas granjas puede incluir labrar la tierra, plantar semillas, preparar semilleros, irrigar, cosechar o ajardinar. Los productos agrícolas incluyen plantas, hongos y vegetales, tales como repollo, pimientos, cebollas, zanahorias, pimienta dulce y pepino. La comercialización y venta de estos productos son parte de las funciones generales del proyecto. Una parte de las ganancias es compartida entre los miembros y el resto es reinvertida en la granja para cubrir gastos, tales como equipo nuevo y reparaciones.

Cuadro 13

La historia de Raj²¹⁸

Para Raj, quien padece esquizofrenia, fue difícil encontrar y conservar un empleo debido a las crisis recurrentes de su afección. Todo eso cambió cuando se hizo parte de un proyecto para ayudar a reintegrar a las personas en la comunidad. A través de negociaciones con el administrador de la fábrica local de prendas de vestir, Raj pudo encontrar empleo remunerado. Adicionalmente, recibía el apoyo de las visitas al hogar que brindaban apoyo de autogestión y consejería. En los momentos de crisis, su trabajador social establecía contacto con el empleador y le proporcionaban apoyo adicional. Como resultado de este constante apoyo, Raj pudo eventualmente comprar una pequeña casa y un lote de terreno. Su esposa e hija – al igual que Raj – estaban emocionados de haber salido de la casa dilapidada donde antes vivían.

Actualmente, Raj ayuda financieramente a mantener a su familia y produce cosechas en su lote de terreno para complementar los suministros de alimento de la familia. Toda la familia se ha beneficiado de la situación mejorada de Raj.

4.2.7 Fortalecer la protección de los derechos humanos para las personas con problemas de salud mental

“Cuando fui diagnosticado con trastorno bipolar, – hipomaniaco – al principio, el Consejo Médico de Zambia me escribió y me dijo que ¡tenía que dejar de ejercer! Afortunadamente, se hizo mención a mis derechos humanos (gracias a Dios que sí tenemos derechos humanos) y los amenacé con llevarlos a los más altos tribunales de Zambia, si era necesario, para demostrar que mi afección no me hacía incapaz de ejercer mi profesión de dentista, eso fue todo lo que tomó para que retrocedieran”.

—*Editorial por un cirujano dental pediátrico, Zambia*²¹⁹

La adopción de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en 2006, fue un importante paso para mejorar las vidas de las personas con problemas de salud mental.²²⁰ Marca un cambio en el paradigma de percibir a las personas con discapacidad como objetos de caridad hacia percibirlos como portadoras de derechos humanos con la capacidad de auto determinación.^{11, 12} Es importante destacar que la CDPD proporciona un marco legal integral para poner fin a la discriminación que experimentan diariamente muchas personas con afecciones mentales.²²⁰

Las partes interesadas en el desarrollo pueden catalizar la reforma de los derechos humanos exhortando el desarrollo y la implementación de políticas y leyes que aborden en forma integral la salud mental y los derechos humanos (ver el Cuadro 14 para conocer un ejemplo de África del Sur). Cuando estas políticas y leyes están bien formuladas pueden fomentar el desarrollo de servicios de base comunitaria de buena calidad. También pueden prevenir las violaciones y promover los derechos humanos en hospitales y prisiones, y en última instancia, pueden empoderar a las personas que padecen afecciones mentales para que adopten decisiones sobre sus vidas y participen plenamente en la comunidad.^{47, 221}

Además de las políticas y leyes específicas de salud mental, es esencial que los asuntos de salud mental sean integrados en otras leyes y políticas existentes relacionadas, por ejemplo, con la salud, bienestar social, educación y justicia penal⁴⁸ (ver el Cuadro 15 para conocer un ejemplo de Chile).

Las partes interesadas en el desarrollo también pueden ayudar a asegurar que las personas con afecciones mentales tengan acceso a procedimientos legales que promuevan y protejan sus derechos. Por ejemplo, pueden instar a que se instauren mecanismos dentro del sistema judicial para prevenir abusos en relación con la internación y el tratamiento



Se necesita desarrollar las capacidades para elaborar políticas y leyes que aborden la salud mental y los derechos humanos..

involuntario en establecimientos psiquiátricos. También pueden promover el acceso a mecanismos de denuncia para las personas con afecciones mentales.⁴⁹

También se puede instar a los gobiernos a establecer mecanismos independientes, tales como comités de visita, para monitorear las condiciones en los establecimientos

Cuadro 14 La ley de salud mental como un catalizador para la reforma en África del Sur²²²

La Ley de África del Sur para la Atención de la Salud Mental,²²³ aprobada en 2002, demuestra cómo el lenguaje y contenido de la ley se pueden cambiar para reflejar los estándares internacionales de los derechos humanos y buenas prácticas. La ley que fue elaborada a través de amplia consulta, promueve un enfoque integrado a la salud mental y ha impulsado la reforma de los servicios a nivel provincial y distrital. Dos provincias han elaborado sus propias políticas provinciales de salud mental, usando la nueva ley como guía.²²⁴ La ley codifica una serie de derechos para las personas con afecciones mentales y promueve el tratamiento voluntario y el consentimiento libre e informado. Incluye mecanismos de vigilancia, tales como una Junta de Revisión de Salud Mental, que está dirigida a ofrecer protección contra las violaciones de los derechos humanos.

Cuadro 15 Obligaciones de la Convención de las Naciones Unidas abordadas por la reforma en Chile²²⁵

El Parlamento chileno ha aprobado una importante ley sobre la Integración Social de Personas con Discapacidad en febrero de 2010, convirtiendo a Chile en uno de los primeros países en reformar su legislación en concordancia con sus obligaciones en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

Los puntos sobresalientes de la nueva legislación incluyen:

- Iguales derechos para las personas con discapacidad mental
- El derecho de las personas para formar y ser parte de una familia, así como también con respecto a su sexualidad y vida reproductiva
- Protección del Estado contra la violencia, el abuso y la discriminación
- El derecho a rehusar el tratamiento
- El derecho a vivir independientemente y en la comunidad
- El derecho a tener acceso a los servicios de rehabilitación basados en la comunidad
- El derecho a recibir subsidios para comprar una casa
- El derecho a la educación teniendo en cuenta las necesidades especiales de aprendizaje
- El derecho a empleo remunerado

psiquiátricos. Dichos comités proporcionan una función crucial en muchos países desarrollados garantizando que las condiciones sean aceptables, que los pacientes reciban la atención apropiada y que se respeten sus derechos humanos.⁴⁹ El Cuadro 16 resume los ejemplos de las acciones de estos comités en Irlanda y el Reino Unido.

Cuadro 16

Experiencias de países: monitoreo de establecimientos psiquiátricos

La Comisión de Salud Mental de Irlanda, una entidad estatutaria independiente, fue establecida en 2002 como resultado de las disposiciones de la Ley de Salud Mental de Irlanda de 2001. En 2007, la Comisión realizó una investigación formal sobre el uso de medidas de aislamiento y constricciones en dos hospitales. La investigación dio lugar a un informe que pone de manifiesto serias inquietudes acerca de la calidad de la atención de la salud mental en estos establecimientos.²²⁶ Atrajo la atención de dos aspectos en la prestación de los servicios que eran “totalmente inaceptables para un servicio moderno de salud mental”.²²⁷ En virtud de estos hallazgos, el Servicio Ejecutivo de Salud (HSE) de Irlanda formula un plan de implementación detallado para abordar las recomendaciones del informe. El plan de implementación incluye la creación de nuevos establecimientos de base comunitaria que serán financiados con la venta de los terrenos de los hospitales.

- En 2005, la Comisión de Salud en conjunto con la Comisión para la Inspección Social (CSCI) investigaron el Cornwall Partnership Trust (CPT) del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, Reino Unido, después de recibir informes de violaciones a los derechos humanos de las personas con impedimentos intelectuales que estaban viviendo en sus establecimientos residenciales. El equipo investigativo encontró evidencia de que el “personal golpeaba, empujaba, arrastraba, pateaba, confinaba, menospreciaba, se burlaba y pinchaba a las personas que usaban los servicios de la organización, reteniendo la comida, dando duchas frías, uso extremo o prematuro de constricción, actitudes inadecuadas hacia las personas que usaban los servicios, atmósfera inadecuada, dureza en el trato, no prestar el cuidado debido, falta de dignidad y respeto y ninguna privacidad”. Su informe de 2006 recibió amplia atención de los medios de comunicación y produjo la suspensión o despido de algunos miembros del personal y el cierre eventual del hospital, donde vivían muchas personas con impedimentos intelectuales. La atención de los pacientes fue transferida al equipo de atención social de adultos del Consejo del Condado de Cornwall y a organizaciones de beneficencia.²²⁸ Como resultado del informe de 2006, los abogados están ahora en el proceso de recoger evidencia de hasta 400 antiguos pacientes para interponer una demanda por £2 millones.²²⁹

4.2.8 Desarrollar el potencial de las personas con problemas de salud mental para participar en los asuntos públicos

“Nada que tenga que ver con nosotros se hará sin nosotros”

—Lema usado por las Organizaciones de Personas Discapacitadas y otras organizaciones de derechos como parte del movimiento internacional para lograr la plena participación e igualdad de las oportunidades para, por y con las personas con discapacidades.

Como se analizó anteriormente en este informe, la respuesta de la sociedad civil a los asuntos de salud mental actualmente es insuficiente. La mayoría de los países carecen de grupos de usuarios de los servicios de salud mental. Los movimientos embrionarios, tales como los que se describen en el Cuadro 17, están comenzando en algunos países de ingresos bajos y medios, pero las organizaciones como éstas son contadas; deben multiplicarse y recibir estímulo y apoyo adicional.

Cuadro 17

Experiencias de Países: fomentando las organizaciones de usuarios para personas con problemas de salud mental

En Gauteng, África del Sur, el Movimiento de Abogacía al Consumidor, aboga por las necesidades y los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental. Su comité ejecutivo consiste en seis usuarios de los servicios de salud mental. Desde su creación en 2006, ha crecido rápidamente para convertirse en un movimiento activo de 280 miembros. El comité juega un papel vital en concientizar a las personas en los temas de salud mental y en apoyar a los usuarios de los servicios de salud mental y sus familias. El movimiento también emite una publicación semestral de abogacía al consumidor, la cual es redactada por los usuarios de los servicios de salud mental.²³²

En Zambia, la Red de Usuarios de Salud Mental proporciona un foro a través del cual los usuarios de los servicios de salud mental pueden apoyarse entre sí e intercambiar ideas e información. La organización aboga por los derechos humanos de las personas con afecciones mentales y trabaja con los ministerios, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales y los medios de comunicación para lograr sus objetivos. Las actividades incluyen identificar las necesidades y cabildear por los derechos y servicios para las personas con afecciones mentales, contribuyendo a la revisión de la legislación de salud mental; movilizando y sensibilizando a las comunidades en torno a los asuntos de salud mental; ayudando a mitigar el impacto del VIH/SIDA en las personas con afecciones mentales, visitando los hogares de las personas con afecciones mentales y sensibilizando a los miembros de la familia y la comunidad y participando en programas radiales.²³³

El derecho de afiliación es importante para las personas con afecciones mentales, debido a que el pertenecer a grupos de abogacía y apoyo de pares, puede fomentar el desarrollo de habilidades, empoderamiento y autonomía. Las redes de auto ayuda y apoyo promovidas por los usuarios mejoran la salud mental, tanto de los participantes como la de sus familias, y resultan en una menor utilización de los servicios de salud, un mejor manejo de sí mismos y mejores resultados de salud mental.²³⁰

Una sociedad civil fortalecida también ayuda a crear programas y servicios más eficaces, eficientes y responsables. Las organizaciones de personas con afecciones mentales, así como también las de otros que representan sus intereses, sostienen una perspectiva única

que puede ayudar a garantizar que las leyes, políticas y programas aborden sus necesidades y respeten sus derechos humanos. Como tales, las partes interesadas en el desarrollo tienen la responsabilidad de asegurar que los representantes de las personas con afecciones mentales participen en el diseño de sus propios programas y estrategias. También deben instar a los gobiernos a involucrar a los grupos de usuarios de los servicios de salud mental a nivel nacional y local. En particular, las asociaciones de abogacía les proporcionan a las personas una voz política colectiva para cabildear por una reforma legislativa y de políticas a favor de la protección.

Las partes interesadas en el desarrollo tienen importantes roles en ayudar a las personas con afecciones mentales a que puedan organizarse por ellas mismas y abogar por sus intereses y necesidades. Pueden instar a los gobiernos a apoyar el establecimiento de grupos de usuarios de los servicios de salud mental, y proporcionar recursos financieros para este propósito. Sin embargo, es crucialmente importante, que estas organizaciones mantengan su autonomía e independencia del gobierno y los donantes. Las partes interesadas en el desarrollo también pueden respaldar las iniciativas de desarrollo de potencial, las cuales ayudan a las personas con afecciones mentales a entender sus derechos y les proporcionan la información y las habilidades necesarias para influir en los procesos de toma de decisiones.



Los usuarios de los servicios y los cuidadores emprenden acción: una sociedad civil fortalecida es la motivación para el cambio positivo.

También es importante el desarrollo del potencial de las personas involucradas en los programas de desarrollo. Las agencias nacionales e internacionales de desarrollo, los ministerios pertinentes y las organizaciones de la sociedad civil, por ejemplo, deben contar con el conocimiento y las habilidades necesarias para entender los asuntos de salud mental, participar con las organizaciones que representan los intereses de las personas con afecciones mentales y crear programas apropiados en esta área.²³¹ Las personas con afecciones mentales se deben involucrar en la facilitación de seminarios y el desarrollo de este potencial.

5. Todas las partes interesadas en el desarrollo tienen importantes roles que jugar



La Sección 4 describió qué se podía hacer para mejorar las vidas de las personas con problemas de salud mental, sobre la base de evidencia y de conformidad con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esta sección examina las formas en que las partes interesadas en el desarrollo pueden implementar los principios y acciones antes descritas para mejorar los resultados del desarrollo. Las contribuciones de las partes interesadas en el desarrollo se reflejan en los diferentes niveles de mejoramiento de políticas, planificación, implementación y financiamiento de los servicios a nivel de país, así como a través de la abogacía de las prioridades de salud mental a escala nacional e internacional.

Debido a la cantidad y variedad de partes interesadas en el desarrollo, las mismas se han dividido en distintos grupos: sociedad civil; instituciones académicas y de investigación; organizaciones bilaterales, asociaciones globales y fundaciones privadas; y organizaciones multilaterales. Los ejemplos listados en esta sección reflejan el rol potencial que las diferentes partes interesadas pudieran jugar a nivel nacional e internacional. No abarcan listas exhaustivas de partes interesadas ni de sus posibles roles, y algunos ejemplos, especialmente en relación con las organizaciones bilaterales y multilaterales, pueden ser pertinentes solo para los países de ingresos bajos y medios. En todos los contextos, las posibles acciones descritas a continuación se deben adaptar a realidades palpables.

5.1 Sociedad civil

La sociedad civil está compuesta por diferentes tipos de organizaciones, incluyendo:

- Grupos y organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental;
- Organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales (ONG), Organizaciones Basadas en la Comunidad (OBC) y Organizaciones Basadas en la Fe (OBF) que trabajan en el desarrollo, la salud mental o los derechos humanos;
- Desarrollo y redes de salud mental;
- Directores, administradores y personal de la salud en establecimientos de atención especializada de la salud, tanto gubernamentales como no gubernamentales;
- Asociaciones de profesionales de los servicios de salud (tales como asociaciones de enfermeros o médicos);
- Instituciones para la capacitación del personal de los servicios de salud (por ejemplo, para el personal de servicios de salud comunitaria, enfermeros y trabajadores sociales).

La sociedad civil puede jugar un papel importante en proporcionar apoyo a las personas con afecciones mentales para que puedan tener acceso a los recursos e integrarse plenamente en la comunidad, a través de la prestación directa de servicios y la abogacía. Los servicios prestados por la sociedad civil pueden incluir atención de la salud, servicios sociales, programas de educación y proyectos de subsistencia (generación de ingresos). Además, la sociedad civil puede abogar para

que el gobierno y los donantes reconozcan y apoyen a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable.

Las diferentes organizaciones de la sociedad civil tienen fortalezas especiales que pueden aprovechar. Por ejemplo, las asociaciones de profesionales de la salud pueden crear conciencia y desarrollar el potencial para reducir el estigma, afrontar la discriminación y promover los derechos humanos. Las organizaciones que representan a las familias y cuidadores de personas con problemas de salud mental, además de brindar servicios y apoyo mutuo, pueden educar a las comunidades acerca de los temas de salud mental, denunciar la discriminación y las violaciones de los derechos humanos y abogar por mejores servicios.²³⁴ Las organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios directos, por ejemplo, en diversas áreas tales como la agricultura, generación de ingresos o salud, pueden asegurar que las personas con problemas de salud mental sean incluidas activamente en el desarrollo de programas y gobernabilidad, y que sus programas respondan a las necesidades y derechos humanos de los usuarios. Una parte importante de su rol es, por consiguiente, garantizar que los miembros de las organizaciones tengan las actitudes, conocimiento y habilidades correctas para interactuar apropiadamente, involucrarse y apoyar a las personas con problemas de salud mental.

Las organizaciones de la sociedad civil también deben promover y apoyar la creación y el fortalecimiento de grupos de usuarios de los servicios de salud mental, los cuales son escasos en los países de ingresos bajos y medios. Los grupos de usuarios permiten que las personas con afecciones mentales ejerzan una mejor influencia en la elaboración de políticas dirigidas a satisfacer sus necesidades.

Actualmente, solo un reducido número de países cuenta con una red de organizaciones que abogan específicamente por la salud mental. Las redes existentes de organizaciones de la sociedad civil que trabajan por esa causa necesitarán llenar el vacío en la abogacía hasta que se instituyan y funcionen redes de salud mental más sólidas. Esto es especialmente importante, teniendo en cuenta que las pocas organizaciones locales que están dedicadas a la salud mental, tienden a ser pequeñas y generalmente no tienen la autoridad necesaria para ser escuchadas, abogar por un enfoque basado en derechos para crear programas o influir en las políticas.

En este momento, son muy pocas las ONG internacionales que abordan la salud mental en su trabajo, a pesar de las significativas ganancias que esto brindaría. Por ejemplo, las ONG internacionales a menudo son las primeras en responder a emergencias. Según ya se describió en este informe, las emergencias frecuentemente aumentan la vulnerabilidad de las personas a desarrollar problemas de salud mental así como a exacerbar los síntomas en las personas con problemas de salud mental pre-existentes. En respuesta a estos problemas, las ONG internacionales pueden asegurar que se suministren servicios de salud mental durante y después de situaciones de emergencia, dirigir sus recursos hacia la (re)construcción de los servicios de salud mental basados en la comunidad y abogar para que los

gobiernos y donantes hagan lo mismo. En términos más generales, las ONG internacionales pueden trabajar con los gobiernos y donantes para mejorar las políticas, planificación, implementación y asignación de recursos para la salud mental a nivel de país, mientras también abogan para que se aumenten las acciones y la asignación de recursos a nivel global. También están en una posición favorable para apoyar los esfuerzos de las organizaciones locales a fin de desarrollar el potencial de las personas con afecciones mentales para que puedan organizarse, tener una voz y participar en los asuntos públicos. Nunca antes se ha presentado una oportunidad como ésta para que los usuarios de los servicios de salud mental y otros grupos de la sociedad civil influyan directamente en los procesos de planificación nacional, y esto se debe aprovechar en toda su extensión.

5.2 Gobierno

Este grupo incluye las siguientes partes del gobierno:

- La división política (gobierno nacional, provincial y local);
- Ministerios y departamentos responsables de: Interior, Finanzas, Justicia, Comercio e Industria, Trabajo, Salud, Educación, Servicios Sociales, Ambiente (a nivel nacional, provincial y local);
- Organismos de derechos humanos.

De todas las partes interesadas en el desarrollo, los gobiernos tienen el papel más importante que desempeñar en la creación de ambientes propicios, la reducción del estigma y la discriminación, la promoción de los derechos humanos y el mejoramiento de la calidad y cantidad de los servicios (educación, salud, servicios sociales y reducción de la pobreza). Además, tienen la obligación de implementar los compromisos, tales como el de la Agenda de Acción de Accra, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otras convenciones sobre derechos humanos. Con el fin de mejorar los resultados del desarrollo, las diferentes partes del gobierno no solo necesitan integrar la salud mental en su propio sector, sino también trabajar en colaboración con otras partes del gobierno y la sociedad civil.

“Los gobiernos de los países en desarrollo trabajarán en forma más estrecha con los parlamentos y las autoridades locales para preparar, implementar y monitorear las políticas y planes nacionales de desarrollo. También trabajarán con las organizaciones de la sociedad civil (OCV).”

—Agenda de Acción de Accra⁹

El parlamento (o el organismo legislativo nacional) tiene un rol muy importante que jugar en la creación de un ambiente propicio, ya que en última instancia, son los políticos los responsables de aprobar una política nacional de discapacidad y de promulgar leyes nacionales integrales sobre discapacidad, encaminadas a proteger

los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Además, un diálogo abierto y positivo en la arena política sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental, puede reducir el estigma y la discriminación.

La mayoría de los sectores del gobierno también tiene importantes funciones. Por ejemplo, los responsables de los planes nacionales de desarrollo (generalmente los ministerios de planificación o finanzas) pueden garantizar que las personas con problemas de salud mental sean reconocidas como un grupo vulnerable y que se incorpore la salud mental. El sistema judicial y los organismos de derechos humanos pueden promover la aplicación de leyes y la protección de los derechos humanos de los individuos. Igualmente, el sector de la salud es fundamental para promover el acceso a los servicios de salud y salud mental de buena calidad que estén integrados en la atención primaria de la salud.

Como se mencionó anteriormente, la falta de servicios de salud es solamente un aspecto del problema, muchas otras barreras en la sociedad afectan la capacidad de las personas con afecciones mentales a procurar educación y asegurar su subsistencia. Por lo tanto, la coordinación entre los diferentes sectores de los servicios, tales como salud, educación y servicios sociales (para vivienda y redes de seguridad), se convierte en un factor clave. Además, los vínculos entre los servicios sociales y las intervenciones para la reducción de la pobreza a través de, por ejemplo, programas de subsistencia sostenible o de generación de ingresos (sean gubernamentales o no gubernamentales) ayudan a reducir el impacto de los problemas de salud mental en los individuos, familias y comunidades.

Como también se mencionó, el gobierno tiene una importante responsabilidad que cumplir para garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan una voz en las políticas y debates públicos. Con esa finalidad, tanto el gobierno como la sociedad civil, pueden brindarles las oportunidades para expresar sus opiniones y participar en el proceso de toma de decisiones, cumpliendo con su compromiso en la Agenda de Acción de Accra y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, permitiendo al mismo tiempo que sean independientes y autónomas.

5.3 Instituciones académicas y de investigación

Las instituciones académicas y de investigación pueden ayudar a mejorar los resultados del desarrollo a través de la generación y síntesis de hallazgos de investigación pertinentes a las políticas, así como a través del desarrollo del potencial para realizar e interpretar la investigación a nivel local. Cuando la investigación se formula e implementa adecuadamente, puede informar la planificación e implementación de los programas de desarrollo y la asignación de los escasos recursos financieros y humanos. Los temas de investigación de alta prioridad incluyen el impacto y los resultados de las intervenciones para: reducir la pobreza

de las personas con problemas de salud mental; promover las oportunidades de empleo y generación de ingresos; promover el acceso a la educación; y acabar con las violaciones de los derechos humanos en los países de ingresos bajos y medios.

Además de desarrollar y gestionar el conocimiento, las instituciones académicas y de investigación tienen un papel decisivo que jugar en el desarrollo del potencial de los diseñadores de políticas, planificadores y proveedores de servicios de diferentes sectores, tales como la atención de la salud, la educación y el sistema judicial. Las instituciones nacionales e internacionales académicas y de investigación deben fomentar los vínculos internacionales para facilitar las posibilidades de compartir experiencias, conocimiento y mejores prácticas del país.

5.4 Agencias bilaterales, alianzas globales y fundaciones privadas

Este grupo incluye:

- Agencias bilaterales, es decir, agencias gubernamentales que proporcionan ayuda al desarrollo (principalmente financiamiento) desde un solo país y que son responsables ante el gobierno y el parlamento de ese país;
- La Comisión Europea, que aunque técnicamente es una organización multilateral, ha sido incluida aquí debido a que sus procedimientos de financiamiento y operación son muy similares a los de las organizaciones bilaterales;
- Alianzas globales públicas-privadas, tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria;
- Fundaciones privadas, tales como la Fundación Bill y Melinda Gates.

La mayoría de los miembros de este grupo son proponentes o han acordado formalmente el uso de un enfoque al desarrollo, basado en derechos, y la necesidad de mejorar la eficacia de la ayuda. Se encuentran en una posición favorable para abogar por el cambio a nivel de país que traerá como consecuencia mejores resultados de salud mental y desarrollo. La mayor parte de las organizaciones en este grupo usan una mezcla de métodos de apoyo, incluyendo apoyo presupuestario sectorial, apoyo presupuestario directo y el financiamiento directo de proyectos e intervenciones proporcionadas por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales.

Los donantes que proporcionan financiamiento directo a través de planes nacionales de desarrollo y/o sectoriales están generalmente involucrados en la elaboración de estrategias y planes nacionales de desarrollo, incluyendo estrategias para la reducción de la pobreza, y pueden por tanto, abogar por las prioridades que impactarán la planificación e implementación de las intervenciones y la asignación de los recursos, así como también para que se incluya la salud mental dentro de estos instrumentos de desarrollo más amplios. En términos del desarrollo, como socios claves de los gobiernos en los países de ingresos bajos y medios, también están en una posición favorable para abogar por el reconocimiento de las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable, la integración de las intervenciones de salud mental en la atención primaria, la incorporación de los

temas de salud mental en otros sectores, tales como educación y servicios sociales (por ejemplo, para vivienda y redes sociales), o la identificación de personas con problemas de salud mental como importantes beneficiarios de las inversiones de mitigación de la pobreza (por ejemplo, actividades de generación de ingresos y programas de subsistencia sostenible). Los miembros de este grupo también pueden abogar y apoyar la reforma legal y regulatoria para proteger los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

Los donantes que brindan apoyo a través de proyectos e intervenciones específicas, también deben reconocer que las personas con problemas de salud mental son un grupo vulnerable, asegurar que el estatus de salud mental sea usado como un criterio de inclusión en lugar de exclusión y que las actividades implementadas para mejorar los resultados del desarrollo estén abordando las necesidades de las personas con problemas de salud mental.

“Los donantes respaldarán las iniciativas para aumentar la capacidad de todos los actores involucrados en el desarrollo – parlamentos, gobiernos centrales y locales, organizaciones de la sociedad civil, institutos de investigación, medios de comunicación y el sector privado – para asumir una función activa en el diálogo sobre políticas de desarrollo y sobre el papel de la ayuda en contribuir a los objetivos de desarrollo de los países”.

– Agenda de Acción de Accra⁹

A través de sus funciones y actividades, los donantes pueden mejorar los resultados del desarrollo, aumentando el alcance y la consulta con las personas que padecen problemas mentales, respaldando el establecimiento y desarrollo de grupos de usuarios y financiando estos grupos para que participen en los asuntos públicos y el trabajo de abogacía mientras les permiten ser independientes y autónomas.

Las agencias bilaterales, la Comisión Europea, las alianzas globales y las fundaciones privadas, también pueden mejorar los resultados del desarrollo proporcionando recursos financieros a los asuntos de salud mental que han sido identificados como vacíos del financiamiento.

5.5 Agencias Multilaterales

Las agencias multilaterales incluyen, entre otras:

- Todas las agencias y programas de las Naciones Unidas;
- El Banco Mundial;
- Los bancos regionales de desarrollo tales como el Banco de Desarrollo de Asia, el Banco de Desarrollo de África y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Las agencias multilaterales varían considerablemente en sus objetivos y alcance, pero comparten en común el hecho de que se establecen a través de acuerdos intergubernamentales. Estas agencias combinan las donaciones de los gobiernos de los países con las de las fuentes no gubernamentales y utilizan estos fondos combinados para proporcionar asistencia técnica y/o financiera a los países

beneficiarios. Como resultado de su diversidad, las organizaciones multilaterales tienen muchos diferentes roles que desempeñar.

Como importantes socios del gobierno respecto al desarrollo, y teniendo en cuenta sus sólidas relaciones con los diseñadores claves de políticas, incluyendo servidores públicos y funcionarios electos, las agencias multilaterales ocupan una situación idónea para abogar a favor de: el reposicionamiento de los asuntos de salud mental en las agendas nacionales; la asignación de recursos adecuados para la salud mental; la ratificación e implementación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; el reconocimiento de las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable; y para que la salud mental sea incorporada en las políticas y planes sectoriales.

El creciente enfoque de los donantes en el apoyo presupuestario sectorial y directo, que ha sido el resultado del énfasis en mejorar la eficacia de la ayuda, ha llevado a mejorar el apoyo técnico que brindan las agencias multilaterales y especialmente, las Naciones Unidas. A nivel de políticas, las agencias como el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo están estrechamente involucradas en la elaboración de planes nacionales de desarrollo (tales como las estrategias para la reducción de la pobreza), en tanto que agencias como la OMS y UNICEF (entre otras) están involucradas en el desarrollo de políticas y planes sectoriales. En estas funciones, las agencias multilaterales pueden reforzar la capacidad gubernamental para preparar, desarrollar, revisar e implementar estrategias, planes, presupuestos y plataformas de ayuda al desarrollo. También pueden identificar dónde y cómo se puede mejorar la coordinación entre los sectores y cómo pueden participar en la coordinación de los mecanismos sectoriales y otros mecanismos más amplios para el apoyo del país.

Como resultado de la reforma de las Naciones Unidas y la necesidad de una mejor coordinación entre las agencias multilaterales, ahora la norma es tener planes y presupuestos integrados entre las agencias. Se requiere que los Equipos de País de las Naciones Unidas utilicen un enfoque basado en derechos humanos para respaldar el análisis de país, abogar por las prioridades y preparar su Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo.²³⁵ Este mandato proporciona una plataforma para reconocer explícitamente que las personas con problemas de salud mental son un grupo vulnerable y garantizar que sean incluidas en sus proyectos y programas. El Coordinador Residente de las Naciones Unidas a nivel de país puede asumir el liderazgo para garantizar que esta acción sea implementada, y que los planes de trabajo y presupuestos integrados entre las agencias de las Naciones Unidas puedan facilitar más aun la coordinación entre todas las organizaciones.

Conclusión

Muchas personas con problemas de salud mental así como sus familias y cuidadores, experimentan diariamente las consecuencias de la vulnerabilidad. Los problemas de estigma, abuso y exclusión son todos muy comunes. Aunque su vulnerabilidad no es inevitable, sino más bien causada por sus entornos sociales, conduce con el tiempo a una variedad de resultados adversos, incluyendo salud deficiente y muerte prematura.

Debido a su alto grado de vulnerabilidad y a que generalmente pasan desapercibidas – excepto para ser estigmatizadas y privadas de sus derechos – es crucial que las personas con problemas de salud mental sean reconocidas y seleccionadas como objetivos para las intervenciones de desarrollo. El argumento a favor de su inclusión es apremiante. Las personas con problemas de salud mental satisfacen los criterios de vulnerabilidad; experimentan intenso estigma y discriminación; tienen mayores probabilidades de ser objeto de abuso y violencia que la población general; encuentran barreras para ejercer sus derechos civiles y políticos y para participar plenamente en la sociedad; carecen de acceso a los servicios de salud y sociales y a los servicios durante emergencias; encuentran restricciones para la educación; y son excluidas de las oportunidades de generación de ingresos y empleo. Como resultado acumulativo de estos factores, las personas con problemas de salud mental corren un elevado riesgo de muerte prematura y discapacidad. Los problemas de salud mental son altamente prevalentes entre las personas que viven en condiciones de pobreza, las personas privadas de su libertad, las personas que viven con VIH/SIDA, las personas en escenarios de emergencia y otros grupos vulnerables.

Las partes interesadas en el desarrollo necesitan prestar atención inmediata para que se pueda detener el espiral descendente, y cada vez más acentuado, de la vulnerabilidad y la marginalización, y que en su lugar, las personas con problemas de salud mental puedan contribuir en forma productiva al desarrollo de sus países.

Como punto de partida, las partes interesadas en el desarrollo pueden considerar detenidamente los principios generales para la acción, definidos en este informe, y decidir cómo incorporarlos mejor a sus áreas específicas de trabajo. Entonces se deben elaborar políticas, estrategias e intervenciones específicas para llegar a las personas con problemas de salud mental, y se deben incorporar las intervenciones de salud mental en las políticas, estrategias e intervenciones nacionales más amplias de desarrollo y reducción de la pobreza. Para que la implementación sea una realidad, se deben asignar fondos adecuados a las intervenciones de salud mental, y se debe exhortar a los beneficiarios de la ayuda al desarrollo a que aborden las necesidades de las personas con problemas de salud mental como parte de su trabajo de desarrollo. A nivel de país, se debe buscar a las personas con problemas

de salud mental y apoyarlas para que participen en las oportunidades de desarrollo en sus comunidades.

Las áreas de acción específicas abordan los factores sociales y económicos que conducen a la vulnerabilidad. Se deben brindar servicios de salud mental en entornos de atención primaria e integrarlos con los servicios generales de salud. Con esta finalidad, los asuntos de salud mental se deben incorporar en políticas y planes de salud más amplios y en el desarrollo de los recursos humanos de los países. Además, los asuntos de salud mental se deben reconocer como un importante tema a considerar en las iniciativas globales y multisectoriales, tales como la Alianza Internacional de Salud,¹⁸⁴ La Alianza Mundial de Profesionales de la Salud,¹⁸⁵ y la Red Métrica de Salud.¹⁸⁶ Durante y después de emergencias, las partes interesadas en el desarrollo deben promover la (re)construcción de los servicios de salud mental basados en la comunidad, que pueden atender a la población más allá del periodo inmediatamente posterior a la emergencia. Las estrategias y planes de desarrollo también deben promover firmes vínculos entre los servicios de salud/salud mental, vivienda y otros servicios sociales. Con el fin de lograr mejores resultados de desarrollo, las partes interesadas en el desarrollo deben respaldar el acceso a la educación para las personas con problemas de salud mental, al igual que los programas de la primera infancia para los grupos vulnerables, Las personas con problemas de salud mental se deben incluir en los programas de empleo y generación de ingresos para ayudar a reducir la pobreza, mejorar la autonomía y la salud mental. A través de sus diferentes áreas de trabajo, las partes interesadas en el desarrollo pueden y deben respaldar la protección de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y desarrollar su potencial para participar en los asuntos públicos.

Este informe brinda un conjunto de recomendaciones y áreas específicas que las partes interesadas en el desarrollo necesitan integrar en las políticas, planificación e integración de acuerdo con su función y ventaja estratégica. Para lograr este objetivo, las partes interesadas en el desarrollo necesitan reconocer a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable que requiere el apoyo de los programas de desarrollo.

Referencias

- 1 *Reducing poverty by tackling social exclusion: a DFID policy paper*. United Kingdom, Department for International Development, September 2005 (<http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications/social-exclusion.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 2 *CIDA's policy on poverty reduction*. Gatineau, Quebec, Canadian International Development Agency, 1996 ([http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Policy/\\$file/POVERTY%20.pdf](http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Policy/$file/POVERTY%20.pdf), accessed 29 December 2009).
- 3 *Health webpage*. Canadian International Development Agency, 2009 (<http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/ACDI-CIDA.nsf/eng/JUD-111894059-K8N>, accessed 29 December 2009).
- 4 *Overview welcome to the USAID global health website*. United States Agency for International Development, 2009 (http://www.usaid.gov/our_work/global_health/, accessed 29 December 2009).
- 5 *Humanitarian and emergency assistance*. New Zealand's International Aid and Development Agency, 2009 (<http://www.nzaid.govt.nz/what-we-do/humanitarian-assistance.html>, accessed 29 December 2009).
- 6 *Disease and injury regional estimates for 2004*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html, accessed 29 December 2009).
- 7 Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Public Library of Science Medicine*, 2006, 3:e442.
- 8 *WFP activities in Bangladesh: vulnerable development programme*. World Food Programme, 2007 (<http://one.wfp.org/bangladesh/?NodeID=35>, accessed 29 December 2009).
- 9 *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action 2005/2008*. Organization for Economic Co-operation and Development, 2008 (http://www.oecd.org/document/19/0,3343,en_2649_3236398_43554003_1_1_1_1,00.html, accessed 29 December 2009).
- 10 *10 The Human Rights Based Approach to Development Cooperation Towards a Common Understanding Among UN Agencies*. UNDP (http://www.undp.org/governance/docs/HR_Pub_Missinglink.pdf, accessed 29 December 2009).
- 11 *International convention on the rights of persons with disabilities*. Adopted by the United Nations General Assembly in December 2006 (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 12 *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – A major step forward in promoting and protecting rights*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/4_UNConventionRightsofPersonswithDisabilities_Infosheet.pdf, accessed 29 December 2009).
- 13 *Secretary-General, in message for World Mental Health Day, cites pressing duty to scale up services for mental disorders, especially among disadvantaged*. New York, United Nations, 2007 (SG/SM/11193 OBV/652).
- 14 Quinn G. *Seminar on legal capacity: an ideas paper*. Presented at the European Foundation Centre, Consortium on Human Rights and Disability, 4 June 2009.
- 15 Mechanic D, Tanner J. Vulnerable people, groups and populations: societal view. *Health Affairs*, 2007, 26:1220–1230.
- 16 Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry*, 2007, 19(2):157–178.
- 17 Al-Krenawi A. Explanations of mental health symptoms by the Bedouin-Arabs of the Negev. *International Journal of Social Psychiatry*, 1999, 45:56–64.
- 18 Alem A. Human rights and psychiatric care in Africa with particular reference to the Ethiopian situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 101(399):93–96.
- 19 Kabir M et al. Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria. *BioMed Central International Health and Human Rights*, 2004, 4:3.
- 20 Adebawale TO, Ogunlesi AO. Beliefs and knowledge about aetiology of mental illness among Nigerian psychiatric patients and their relatives. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 1999, 28:35–41.

- 21 Burnard P, Naiyapatana W, Lloyd G. Views of mental illness and mental health care in Thailand: a report of an ethnographic study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006, 13(6):742–749.
- 22 van de Put W. Addressing mental health in Afghanistan. *The Lancet*, 2002, 360:s41–s42.
- 23 Qureshi NA et al. Traditional cautery among psychiatric patients in Saudi Arabia. *Transcultural Psychiatry*, 1998, 35:75–83.
- 24 Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 2002, 324:1470–1471.
- 25 Lai YM, Hong CPH, Chee CYI. Stigma of mental illness. *Singapore Medical Journal*, 2000, 42(3):111–114.
- 26 Hocking B. Reducing mental illness stigma and discrimination – everybody’s business. *Medical Journal of Australia*, 2003, 178(9)(Suppl. 5):S47–S48.
- 27 Corrigan P et al. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2003, 54:1105–1110.
- 28 Thornicroft G et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 2009, 373:408–415.
- 29 Kakuma R et al. Mental health stigma: what is being done to raise awareness and reduce stigma in South Africa? *African Journal of Psychiatry*, in press.
- 30 *Health in African prisons* (workshop). Penal Reform International, Uganda Prisons Service, Kampala, Uganda 12–13 December 1999.
- 31 *Nigeria: Prisoners’ rights systematically flouted*. London, Amnesty International, 2008 (AFR 44/001/208).
- 32 *Mental health legislation & human rights: denied citizens: including the excluded. Mental health and prisons*. Geneva, World Health Organization and International Committee of the Red Cross, 2006 (http://www.who.int/mental_health/policy/development/MH&PrisonsFactsheet.pdf, accessed 29 December 2009).
- 33 Beech H. Hidden away. *Time Asia*, 3 November 2003 (<http://www.time.com/time/asia/covers/501031110/story.html>, accessed 29 December 2009).
- 34 Al-Adawi S et al. Perception of and attitudes towards mental illness in Oman. *International Journal of Social Psychiatry*, 2002, 48(4):305–317.
- 35 Ozmen E et al. Public attitudes to depression in urban Turkey – the influence of perceptions and causal attributions on social distance towards individuals suffering from depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39:1010–1016.
- 36 Thornicroft G et al. Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2008, 2:3.
- 37 McFarlane AC, Schrader GD, Bookless C. *The prevalence of victimization and violent behaviour in the seriously mentally ill*. Adelaide, Australia, Department of Psychiatry, University of Adelaide, 2004 (<http://www.criminologyresearchcouncil.gov.au/reports/200203-16.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 38 Teplin LA et al. Crime victimization in adults with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62:911–921.
- 39 *Another Assault: Mind’s campaign for equal access to justice for people with mental health problems*. London, Mind, 2008 (<http://www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/A000B238-4E7E-46E3-8735-3C5E6038EBA5/0/Anotherassault.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 40 Wolff N, Blitz CL, Shi J. Rates of sexual victimization in prison for inmates with and without mental disorders. *Psychiatric Services*, 2007, 58(8):1087–1094.
- 41 *Ill-equipped: U.S. prisons and offenders with mental illness*. Human Rights Watch, 2003 (<http://www.hrw.org/reports/2003/usa1003/usa1003.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 42 Roberts H. A way forward for mental health care in Ghana? *The Lancet*, 2001, 357:1859.
- 43 Roberts H. Mental health care still poor in Eastern Europe. *The Lancet*, 2002, 360:552.
- 44 Sharma D. Mental health patients face primitive conditions. *The Lancet*, 1999, 354:495.
- 45 Ali Awale A, Habeb public mental health hospital, Somalia (Director). Personal communication. July 2009.
- 46 *South Central Somalia* (presentation). Rimini, Cittadinanza, 2008 (<http://en.cittadinanza.org/wp-content/uploads/en.cittadinanza.org/somalia-south-central.pdf>, accessed 29 December 2009).

- 47 Funk M, Saraceno B, Drew N. Global perspective on mental health policy and service development issues. In: Knapp M et al., eds. *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Maidenhead, UK, Open University Press, 2005.
- 48 Drew N et al. Mental health and human rights. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization, 2005.
- 49 *WHO resource book on mental health, human rights and legislation*. Geneva, World Health Organization, 2005.
- 50 Blais A, Massicotte L, Yoshinaka A. Deciding who has the right to vote: a comparative analysis of election laws. *Electoral Studies*, 2001, 20:41–62.
- 51 *Guardianship and human rights in Bulgaria: analysis of law, policy and practice*. Mental Disability Advocacy Center, 2007 (http://www.mdac.info/documents/Bulgaria%20report_comprehensive_English.pdf, accessed 29 December 2009).
- 52 India, *The Hindu Marriage Act*, 1955: sections 5, 12, 13.
- 53 Arora K. eds. *Marriage and divorce laws*. New Delhi, Professional Book Publishers, 2000: pg. 53, 59.
- 54 India, *Parsi Marriage and Divorce Act*, 1936: section 32.
- 55 India, *Divorce Act (Applicable to Christians)*, 1872: sections 10, 18, 19.
- 56 India, *Special Marriage Act*, 1954: section 4, 24, 27.
- 57 India, *Representation of the People Act*, 1950 (<http://lawmin.nic.in/legislative/election/volume%201/REPRESENTATION%20OF%20THE%20PEOPLE%20ACT,%201950.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 58 India, *Representation of the People Act*, 1951 (<http://lawmin.nic.in/legislative/election/volume%201/representation%20of%20the%20people%20act,%201951.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 59 *Guardianship and human Rights in Kyrgyzstan: analysis of law, policy and practice*. Mental Disability Advocacy Center, 2007 (http://www.mdac.info/images/page_image/Kyrgyzstan%20report_comprehensive_English.pdf, accessed 29 December 2009).
- 60 Russian Federation. *Family Code of the Russian Federation*, 1995: article 14
- 61 Russian Federation. *Family Code of the Russian Federation*, 1995: article 16(2)
- 62 *Guardianship and human rights in Russia: analysis of law, policy and practice*. Mental Disability Advocacy Center, 2007 (http://www.mdac.info/documents/Russia%20report_comprehensive_English.pdf, accessed 29 December 2009).
- 63 *Constitution of the Kingdom of Thailand 2007*, s. 100(4).
- 64 A systematic approach to developing and implementing mental health legislation. Report of a regional meeting of experts – New Delhi, India, 6–8 December 2004. New Delhi, World Health Organization Regional office for South-East Asia, 2005 (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Meeting_reports_6-8Dec-04_Ment-141.pdf, accessed 29 December 2009).
- 65 Switzerland. *Auszug aus dem Urteil der I. öffentlich-rechtlichen Abteilung i.S. X. gegen Gemeinderat A. (subsidiäre Verfassungsbeschwerde)* 1D_19/2007 vom 16. Dezember 2008 [Extract from the verdict of first public law department iS X. against municipal A. (subsidiary Verfassungsbeschwerde) 1D_19/2007 of 16 December 2008].
- 66 Naturalisation des personnes handicapées: jugement important du Tribunal fédéral [Naturalization of disabled people: important judgement of the Federal Tribunal]. Egalité Handicap, 2009 (<http://egalite-handicap-ch.site-preview.net/francais/download/2009/BG.einbuengerung.PM.23.1.09.f.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 67 *Mental health systems in selected low and middle income countries: A WHO-AIMS cross-national analysis*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_final.pdf, accessed 29 December 2009).
- 68 *Position paper on principles for the protection of persons with mental illness*. Odense, Denmark, World Network of Users and Survivors of Psychiatry, 2001 (<http://wnusp.rafus.dk/position-paper-on-principles-for-the-protection-of-persons-with-mental-illness.html>, accessed 29 December 2009).
- 69 WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 291:2581–2590.

- 70 *Equal treatment: closing the gap – A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems*. Stratford upon Avon, UK, Disability Rights Commission, 2006.
- 71 Lawrence D, Coghlan R. Health inequalities and the health needs of people with mental illness. *New South Wales Health Bulletin*, 2002, 13(7):155–158 (http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=NB02063.pdf, accessed 29 December 2009).
- 72 Ahern L, Rosenthal E. *Torment not treatment: Serbia's segregation and abuse of children and adults with disabilities*. Washington, DC, Mental Disability Rights International, 2007.
- 73 *Ruined lives: segregation from society in Argentina's psychiatric asylums*. Washington, DC and Buenos Aires, Mental Disability Rights International and Center for Legal and Social Studies, 2007.
- 74 Ahern L, Rosenthal E. *Behind closed doors: human rights abuses in the psychiatric facilities, orphanages and rehabilitation centers of Turkey*. Washington, DC, Mental Disability Rights International, 2005.
- 75 Rosenthal E, Szeli É. *Not on the agenda: human rights of people with mental disabilities in Kosovo*. Washington, DC, Mental Disability Rights International, 2002.
- 76 *Human rights and mental health: Mexico*. Washington, DC, Mental Disability Rights International, 2000.
- 77 Ormel J et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *The British Journal of Psychiatry*, 2008, 192:368–375.
- 78 *Mental health atlas*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924156296X_eng.pdf, accessed 29 December 2009).
- 79 St. Vincent's Mental Health Service and Craze Lateral Solutions. *Homelessness and mental health linkages: review of national and international literature*. Australian Department of Health and Ageing, 2005 ([http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0C6EDF2DBEF5A920CA2573FB00196F28/\\$File/homeall.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0C6EDF2DBEF5A920CA2573FB00196F28/$File/homeall.pdf), accessed 29 December 2009).
- 80 Shaw M. Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 2004, 324(25):397–418.
- 81 Health care for the homeless clinicians' network. Protecting the mental health of homeless children and youth. *Healing Hands*, 4(1) (http://www.nhchc.org/Network/HealingHands/2000/hh.02_00.pdf, accessed 29 December 2009).
- 82 Lerner R, Fernando D. Inhalants in Peru. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series*, 1995, 148:191–204.
- 83 Heckert U et al. Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a south-east city in Brazil. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1999, 249(3):150–155.
- 84 Folsom D, Jeste V. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002, 105(6):404–413.
- 85 Nyamathi A et al. Types of social support among homeless women: its impact on psychological resources, health and health behaviours and use of health services. *Nursing Research*, 2000, 49:318–326.
- 86 Scott J. Homelessness and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 1993, 162:314–324.
- 87 Sleepers J et al. Mental health problems among homeless adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 97(4):253–259.
- 88 Aptekar L, Ciano-Federoff LM. Street children in Nairobi: gender differences in mental health. In: Raffaelli M, Larson R, eds. *Developmental issues among homeless and working street youth: New Directions in Childhood Development*. San Francisco, Jossey Bass (<http://www.sjsu.edu/faculty/laptekar/download/Nairobistreetchildren.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 89 Khurana S et al. Mental health status of runaway adolescents. *Indian Journal of Pediatrics*, 2004, 71(5):405–409.
- 90 Kerfoot M et al. The health and well-being of neglected, abused and exploited children: the Kyiv Street Children Project. *Child Abuse & Neglect*, 2007, 31(1):27–37.
- 91 Techakasem P, Kolkijkovin V. Runaway youths and correlating factors, study in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2006, 89(2):212–216.
- 92 *Stop exclusion – dare to care*. World Health Day brochure. Geneva, World Health Organization, 2001.
- 93 Alonso J et al. Population level of unmet need for mental health care in Europe. *British Journal of Psychiatry*, 2007, 190:299–306.
- 94 Siringi S. Doctors in Kenya call for fair mental health policy. *The Lancet*, 2001, 357:1273.

- 95 *Human rights & mental health in Peru*. Washington, DC and Lima, Mental Disability Rights International and Asociación pro Derechos Humanos, 2004.
- 96 Parfitt T. Russian mental health problems on the increase. *The Lancet*, 2004, 363:464.
- 97 Folsom DP et al. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162(2):370–376.
- 98 Orirando M. Zimbabwe: Detention of vagrants riles rights activists. *Zimbabwe Independent*, 20 April 2007.
- 99 *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva, Inter Agency Standing Committee, 2007.
- 100 *Psychosocial assistance and decentralized mental health care for victims of war in post-conflict Burundi*. Bujumbura, HealthNet TPO Burundi Internal Report, 2008.
- 101 Van Ommeren M et al. Ensuring care for patients in custodial psychiatric hospitals in emergencies. *The Lancet*, 2003, 362:574.
- 102 Urbina L. (written communication). Cited in: van Ommeren M et al. Ensuring care for patients in custodial psychiatric hospitals in emergencies. *The Lancet*, 2003, 362:574.
- 103 The Needs of People with Psychiatric Disabilities during and after Hurricanes Katrina and Rita: Position Paper and Recommendations, National Council On Disability, 2006
<http://www.ncd.gov/newsroom/publications/2006/peopleneeds.htm>, accessed 29 December 2009).
- 104 *Rights of people with intellectual disabilities access to education and employment. Latvia monitoring report*. Budapest and New York, Open Society Institute, 2005.
- 105 *Rights of people with intellectual disabilities access to education and employment in Romania. Budapest and New York, Open Society Institute, 2005.*
- 106 *Rights of people with intellectual disabilities access to education and employment. Lithuania monitoring report*. Budapest and New York, Open Society Institute, 2005.
- 107 Astbury T, Tebboth M. *Mental health and development: A model in practice*. Warwickshire, United Kingdom, BasicNeeds, 2008.
- 108 Lund C et al. *Mental health policy development and implementation in South Africa: a situation analysis. Phase 1 country report*. Cape Town, Mental Health and Poverty Project, 2008.
- 109 Patel V et al. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008, 49(3):313–334.
- 110 Van Oort FVA. Ethnic disparities in mental health and educational attainment: comparing migrant and native children. *International Journal of Social Psychiatry*, 2007, 53(6):514–525.
- 111 Tramontina S et al. School dropout and conduct disorder in Brazilian elementary school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2001, 46:941–947.
- 112 Shenoy J, Kapur M, Kaliaperumal V. Psychological disturbance among 5–8 year old school children: a study from India. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 33:66–73.
- 113 Pratinidhi AK et al. Epidemiological aspects of school dropouts in children between 7–15 years in rural Maharashtra. *Indian Journal of Paediatrics*, 1999, 59:423–427.
- 114 Foster EM, Jones DE. The high costs of aggression: public expenditures resulting from conduct disorder. *Research and Practice*, 2005, 95(10):1767–1772.
- 115 Farahati F, Marcotte DE, Wilcox-Gok V. The effects of parents' psychiatric disorders on children's high school dropout. *Economics of Education Review*, 2003, 22(2):167–178.
- 116 Currie J, Stabile M. Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD. *Journal of Health Economics*, 2006, 25:1094–1118.
- 117 Agarwal KN et al. Learning disability in rural primary school children. *Indian Journal of Medical Research*, 1991, 94:89–95.
- 118 Gregg P, Machin S. *Child development and success or failure in the youth labour market*. London, Centre for Economic Performance, London School of Economics, 1998 (CEP Discussion Paper No. 397) (<http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0397.pdf>, accessed 7 May 2009).
- 119 *Child and adolescent mental health policies and plans*. Geneva, World Health Organization, 2005.
- 120 Kelleher K. Prevention and intervention in primary care. In: Remschmidt H, Belfer M, Goodyer I, eds. *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin, Springer-Verlag, 2004.
- 121 *Through children's eyes*. Geneva, World Health Organization, 2001.

- 122 Jamison KR. Stigma of manic depression: a psychologist's experience. *The Lancet*, 1998, 352:1053.
- 123 Tomaševski K. *The right to education: report submitted by the Special Rapporteur* [addendum]. United Nations Economic and Social Council (Mission to China), 2003 (E/CN.4/2004/45/Add.1): 13.
- 124 *Access to education and employment for people with intellectual disabilities: an overview of the situation in Central and Eastern Europe*. Budapest, EU Monitoring and Advocacy Program and Open Society Mental Health Initiative, 2006.
- 125 *Children and disability in transition in CEE/CIS and Baltic States*. Florence, United Nations Children's Fund (Innocenti Research Centre), 2005.
- 126 *The right to live in the community: making it happen for people with intellectual disabilities in Bosnia and Herzegovina, Montenegro, Serbia and Kosovo*. Handicap International Regional Office for South East Europe, 2008 (http://www.disabilitymonitor-see.org/documents/right_to_live_in_community/english/lisa_report_english_final.pdf, accessed 24 June 2009.)
- 127 Batten A et al. *Make school make sense. Autism and education: the reality for families today*. London, National Autistic Society, 2006.
- 128 Harnois G, Gabriel P. *Mental health and work: impact issues and good practices*. Geneva, World Health Organization and International Labour Organization, 2000 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MPS_00.2.pdf, accessed 29 December 2009).
- 129 McAlpine DD, Warner L. *Barriers to employment among persons with mental illness: a review of the literature*. Center for Research on the Organization and Financing of Care for the Severely Mentally Ill, Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Rutgers, the State University, [no year].
- 130 Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39(5):337–349.
- 131 Kilian R, Becker T. Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 2007, 16(2):211–222. Quoted in McDaid D, ed. *Consensus paper: mental health in workplace settings*. Luxembourg, European Communities, 2008.
- 132 Stuart H. Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 2006, 19(5):522–526.
- 133 McDaid D. *Countering the stigmatization and discrimination of people with mental health problems in Europe*. Luxembourg, European Commission, 2008.
- 134 *Zambia: Mental illness sufferers shunned and isolated*. United Nations Integrated Regional Information Networks, 7 September 2007 (<http://allafrica.com/stories/200709070908.html>, accessed 7 May 2009).
- 135 Patel V et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*, 1999, 49:1461–1471.
- 136 Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 2001, 323:599–600.
- 137 Ssebunnya J et al. Stakeholder perceptions of mental health stigma in Uganda. *BioMed Central International Health and Human Rights*, 2009, 9:5.
- 138 Butterworth J et al. *State data: The national report on employment services and outcomes 2008*. Institute for Community Inclusion (UCEDD), University of Massachusetts, 2008.
- 139 *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.
- 140 Prince M et al. No health without mental health. *The Lancet*, 2007; 370:859–877.
- 141 Freeman M, Thom R. HIV and AIDS and serious mental disorder (editorial). *South African Journal of Psychiatry*, 2006, 12(1):4–8.
- 142 Cournos F, McKinnon K, Sullivan G. Schizophrenia and comorbid human immunodeficiency of virus or hepatitis C virus. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, 66(Suppl. 6):27–33.
- 143 Paxton KC, Robinson WL. Depressive symptoms, gender and sexual risk behaviour among African-American adolescents: implications for prevention and intervention. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 2008, 35(2):49–62.
- 144 Meade CS. Sexual risk behaviour among persons dually diagnosed with severe mental illness and substance abuse disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2006, 30:147–157.
- 145 Teplin LA et al. Major mental disorders, comorbidity, and HIV-AIDS risk behaviours in juvenile detainees. *Psychiatric Services*, 2005, 56:823–828.

- 146 Mandell W et al. Depressive symptoms, drug networks, and their synergistic effect on needle-sharing behaviour among street injection drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1999, 25(1):117–127.
- 147 Saku M et al. Mortality in psychiatric patients, with a specific focus on cancer mortality associated with schizophrenia. *International Journal of Epidemiology*, 1995, 24:366–372.
- 148 Harris CE, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 1998, 173:11–53.
- 149 *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva, World Health Organization and World Organization of Family Doctors (WONCA), 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf, accessed 29 December 2009).
- 150 McGrath J, Saha S, Chant D. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence and mortality. *Epidemiological Reviews*, 2008, 30(1):67–76.
- 151 Roshanaei-Moghaddam B, Katon W. Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatric Services*, 2009, 60:147–156.
- 152 Osborn DPJ. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Archives of General Psychiatry*, 2007, 64:242–249.
- 153 Antelman G et al. Depressive symptoms increase risk of HIV disease progression and mortality among women in Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 44:470–477.
- 154 Cook JA et al. Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:1133–1140.
- 155 Olley BO. Psychological distress in the first year after diagnosis of HIV infection among women in South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 2006, 5(3):207–215.
- 156 Chandra DS, Ravi V, Desai A. Anxiety and depression among HIV-infected heterosexuals – a report from India. *Journal of Psychosomatic Research*, 1998, 45:401–409.
- 157 Meel BL, Leenaars AA. Human immunodeficiency virus (HIV) and suicide in a region of Eastern Province (“Transkei”), South Africa. *Archives of Suicide Research*, 2005, 9(1):69–75.
- 158 Carrico AW et al. Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *AIDS*, 2007, 21:1199–1203.
- 159 Cooperman NA, Simoni JM. Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 2005, 28:149–156.
- 160 Robertson K et al. Thoughts of death and suicidal ideation in nonpsychiatric human immunodeficiency virus seropositive individuals. *Death Studies*, 2006, 30:455–469.
- 161 Primanita A. Doctors to inspect overcrowded shelters where mentally ill patients are dying. *The Jakarta Globe*, 23 May 2009 (<http://thejakartaglobe.com/city/doctors-to-inspect-overcrowded-shelters-where-mentallyill-patients-are-dying/276720>, accessed 29 December 2009).
- 162 Minas H. Mental health and human rights: never waste a serious crisis. *International Journal of Mental Health Systems*, 2009, 3:12.
- 163 *Mental Health: A Call to Action by World Health Ministers*. Geneva, World Health Organization, 2001.
- 164 Collins PY et al. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS*, 2006, 20(12):1571–1582.
- 165 Petrushkin H, Boardman J, Ovuga E. Psychiatric disorders in HIV-positive individuals in urban Uganda. *Psychiatric Bulletin*, 2005, 29:455–458.
- 166 Clay D. Mental health and psychosocial issues in HIV care. *Lippincott's Primary Care Practice*, 2006, 4:74–82.
- 167 Chandrashekar S et al. Effects of anxiety on TNF- α levels during psychological stressor. *Journal of Psychosomatic Research*, 2007, 63:65–69.
- 168 Starace F et al. Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 31:136–139.
- 169 Friedli L. *Mental health resilience and inequalities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
- 170 Chamberlain C, Johnson G, Theobald J. *Homelessness in Melbourne: Confronting the Challenge*. Melbourne, RMIT University Press, 2007 (http://www.salvationarmy.org.au/salvwr/_assets/main/documents/reports/homelessness_in_melbourne.pdf, accessed 29 December 2009).

- 171 Freeman M et al. Mental disorder in people living with HIV/AIDS in South Africa. *South African Journal of Psychology*, 2008, 38(3):489–500.
- 172 Cluver L, Gardner F, Operario D. Psychological distress amongst AIDS-orphaned children in urban South Africa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 2007, 48:755–763.
- 173 WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005. (http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf, accessed 29 December 2009).
- 174 Bass J et al. Group interpersonal psychotherapy for depression: 6-month outcomes: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2006, 188:567–573.
- 175 Bolton P et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda – a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289(23):3117–3124.
- 176 Bowles JR. Suicide in western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW et al., eds. *Preventive strategies on suicide*. Leiden, Netherlands, Brill, 1995.
- 177 Patel V et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007, 370:991–1005.
- 178 *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.
- 179 Srinivasa MR et al. Community outreach for untreated schizophrenia in rural India: a follow-up study of symptoms, disability, family burden and costs. *Psychological Medicine*, 2005, 35(3):341–351.
- 180 Chisholm D, Lund C, Saxena S. Cost of scaling up mental healthcare in low- and middle-income countries. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 191:528–535.
- 181 Honikman S. Department of Psychiatry and Mental Health. (Head of the Perinatal Mental Health Project). Personal communication. 07 July 2009
- 182 Honikman S et al. The perinatal mental health project. A women's mental health programme in Cape Town, South Africa. In: Saxena S, Garrison PJ, eds. *Mental health promotion case studies from countries*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/country_case_studies.pdf, accessed 29 December 2009).
- 183 *The Secretary-General's message on World Mental Health Day, 10 October 2008* (http://www.who.int/mental_health/mhgap/UN_speech_mhgap_english.pdf, accessed 29 December 2009).
- 184 *IHP+: International Health Partnership and related initiatives*. International Health Partnership, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net>, accessed 29 December 2009).
- 185 *About the Alliance*. Global Health Workforce Alliance, 2009 (<http://www.who.int/workforcealliance/about/en/>, accessed 29 December 2009).
- 186 *About the Health Metrics Network*. Health Metrics Network, 2009 (<http://www.who.int/healthmetrics/about/en/>, accessed 29 December 2009).
- 187 *National health plan. Health agenda 2007–2011*. Government of Belize, Ministry of Health, 2006 (<http://health.gov.bz/moh/pdf/eipi/BLZNationalHealthAgenda2007-2011.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 188 *The Interagency Emergency Health Kit 2006: medicines and medical devices for 10,000 people for approximately 3 months: an interagency document*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- 189 Saraceno B et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007, 370:1164–1174.
- 190 Adkins B et al. *Women, Housing and Transitions out of Homelessness*. Australian Housing and Urban Research Institute, 2003 (http://eprints.qut.edu.au/2538/1/Women_and_Homelessness_report.pdf, accessed 29 December 2009).
- 191 Lunn S. 'Clear path' to fight homelessness, says US expert Philip Mangano. *The Australian*, 31 March 2009 (http://www.rfnsw.org.au/index.php?option=com_content&view=article&id=610&Itemid=177.pdf, accessed 12 May 2009).
- 192 *What works! Employment strategies for homeless people: video training package*. Bethesda, MD, U.S. Department of Housing and Urban Development, Community Planning and Development, Office of Special Needs Assistance Programs, 2001 (<http://www.hud.gov/offices/cpd/homeless/library/whatworks/whatwork.pdf>, accessed 8 May 2009).

- 193 O'Brien A et al. *Linkages between housing and support – what is important from the perspective of people living with a mental illness*. Swinburne-Monash, Australia, Australian Housing and Urban Research Institute, 2002 (<http://www.ahuri.edu.au/publications/projects/p50102>, accessed 29 December 2009).
- 194 *Home page*. Youthlink, 2009 (<http://www.youthlinkmn.org/>, accessed 29 December 2009).
- 195 Gronfor C. Youthlink, United States (Development Director). Personal communication. January 2008.
- 196 Blessing L. Youthlink, United States (Clinical Services Supervisor). Personal communication. January 2008.
- 197 Case Study from Mudukulatur ADP, by Ajit Parida, World Vision India, Advisor Disability Awareness. Personal communication. May 2009.
- 198 Haddad L. *UNESCO early childhood and family policy series No.3*. Paris, Early Childhood and Family Policy Section, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2002.
- 199 Reprinted from American Journal of Preventive Medicine, vol. 24/issue 3, Laurie M. Anderson, Carolynne Shinn, Mindy T. Fullilove, Susan C. Scrimshaw, Jonathan E. Fielding, Jacques Normand, Vilma G. Carande-Kulis and the task Force on Community Preventive Services, The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review, figure 1, page 36, Copyright (2003), with permission from Elsevier.
- 200 Schweinhart LJ, Weikart DP. High/Scope Perry preschool program effects at age twenty-seven. In: Crane J, ed. *Social programs that work*. New York, Russell Sage Foundation, 1998:148–162.
- 201 Walker SP et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 2007, 369:145–157.
- 202 Engle PL et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The Lancet*, 2007, 369:229–242.
- 203 Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: the High/Scope Perry preschool study through age twenty-seven*. Ypsilanti, High Scope Press, 1993 (Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, No. 10).
- 204 *Horticultural projects*. Warwickshire, UK, BasicNeeds, 2009 (<http://www.basicneeds.org/html/contact.htm>, accessed 29 December 2009).
- 205 Murthy RS. Application of interventions in developing countries. In: Üstün TB, Jenkins R, eds. *Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care*. Chichester, UK, John Wiley & Sons, 1998.
- 206 Orley J. Application of promotion principles. In: Üstün TB, Jenkins R, eds. *Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care*. Chichester, UK, John Wiley & Sons, 1998.
- 207 Zwi AB, Silove D. Hearing the voices: mental health services in East Timor. *The Lancet*, 2002, 360:s45-s46.
- 208 Mitchell D, Harrison M. Studying employment initiatives for people with mental health problems in developing countries: a research agenda. *Primary Health Care Research and Development*, 2001, 2:107–116.
- 209 Crowther R et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (2):CD003080.
- 210 Yip K. Vocational rehabilitation for persons with mental illness in the People's Republic of China. *Administration and Policy in Mental Health Services Research*, 2007, 34(1):80–85.
- 211 Warner R, Polak P. The economic advancement of the mentally ill in the community. I. Economic opportunities. *Community Mental Health Journal*, 1995, 31:381–401.
- 212 *General comment no. 5: persons with disabilities*. Geneva, UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), 1994 (E/1995/22) (<http://www.unhcr.org/refworld/docid/4538838f0.html>, accessed 29 December 2009).
- 213 Devereux S. *Social protection and the global crisis*. Wahenga Regional Hunger and Vulnerability Program, 2009 (http://www.wahenga.net/sites/default/files/Social_protection_and_the_global_crisis.pdf, accessed 29 December 2009).
- 214 *Salt, soap and shoes for school: evaluation summary: the impact of pensions on the lives of older people and grandchildren in the KwaWazee project in Tanzania's Kagera region*. London, Randburg, South Africa, Dar es Salaam, Geneva. HelpAge International, Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI), Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) and World Vision International, 2008. (http://www.sdc.or.tz/ressources/resource_en_172467.pdf, accessed 29 December 2009).

- 215 *Focus on change: annual impact report 2008*. Warwickshire, UK, BasicNeeds (unpublished).
- 216 *Horticulture project for people with mental disorders or epilepsy: successes and challenges: annual research report 2008*. Ghana, BasicNeeds (unpublished).
- 217 *Research on effectiveness of horticulture therapy in integrating people with mental illnesses into society: annual research report 2008*. Sri Lanka, BasicNeeds (unpublished).
- 218 *Working with countries: mental health policy and service development projects*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- 219 Kaunda P. Doctor's Call. *The Post of Zambia*, 9 October 2005.
- 220 *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – A major step forward in promoting and protecting rights*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/4_UNConventionRightsofPersonswithDisabilities_Infosheet.pdf, accessed 29 December 2009).
- 221 Funk M et al. A Framework for mental health policy, legislation and service development: addressing needs and improving services. *Harvard Health Policy Review*, 2005, 6(2):57–69.
- 222 *Policy brief 7: developing effective mental health laws in Africa*. Geneva, World Health Organization, Mental Health Policy and Service Development, 2009 (http://www.who.int/mental_health/policy/development/MHPB7.pdf, accessed 29 December 2009).
- 223 South Africa. *Mental Health Care Act, 2002*.
- 224 *Policy brief 3: challenges of implementing mental health policy and legislation in South Africa*. Geneva, World Health Organization, Mental Health Policy and Service Development, 2009.
- 225 Ley 20.422, que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, Chile. <http://el-observatorio.org/2010/02/ley-20-422-que-establece-normas-sobre-igualdad-de-oportunidades-e-inclusion-social-de-personas-con-discapacidad-chile/>, accessed 5 February 2010
- 226 *Report of the Committee of Inquiry to review care and treatment practices in St. Michael's Unit, South Tipperary General Hospital, Clonmel and St. Luke's Hospital, Clonmel, including the quality and planning of care and the use of restraint and seclusion and to report to the Mental Health Commission*. Ireland, Mental Health Commission, 2009 (http://www.mhcirl.ie/News_Events/MHC_Section_55_MHA01_Inquiry_Report_03_04_09.pdf, accessed 29 December 2009).
- 227 Culliton G. Clonmel hospitals: 'totally unacceptable'. *Irish Medical Times*, 3 April 2009 (http://www.imt.ie/news/2009/04/clonmel_hospitals_totally_unac.html, accessed 29 December 2009).
- 228 *Joint investigation into the provision of services for people with learning disabilities at Cornwall Partnership NHS Trust*. London, Commission of Healthcare Audit and Inspection, 2006 (http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/cornwall_investigation_report.pdf, accessed 5 July 2009).
- 229 [Anonymous]. NHS faces huge claim for damages. BBC News, 1 July 2009 (http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/england/cornwall/8128278.stm, accessed 2 July 2009).
- 230 *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, Health Evidence Network, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88086.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 231 Roeske H. *Discussion Paper: Disability and poverty reduction strategies: How to ensure that access of persons with disabilities to decent and productive work is part of the PRSP process*. Geneva, ILO Skills and Employability Department, International Labour Organization, 2002 (<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/download/prsp-en.pdf>, accessed 29 December 2009).
- 232 Sunkel C. *History of consumer advocacy to the establishment of the Gauteng consumer advocacy movement* [speech]. Gauteng, South Africa, Central Gauteng Mental Health Society, 19 June 2009.
- 233 Katontoka S. *Mental Health Users Network of Zambia(MHUNZA) (President of Mhunza)*. Personal communication. 2 July 2009.
- 234 *Advocacy for mental health (mental health policy and service guidance package)*. Geneva, World Health Organization, 2003.
- 235 *Human rights-based approach to development programming*, UNDP (<http://www.undg.org/?P=221>, accessed 29 December 2009).



LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

han sido excluidas de la agenda de desarrollo a pesar de constituir un grupo marginalizado y vulnerable en los países alrededor del mundo. El informe, *Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el Objetivo en las Personas con Problemas de Salud Mental como un Grupo Vulnerable*, resalta la imperiosa necesidad de corregir esta situación. Presenta evidencia convincente de que las personas con problemas de salud mental satisfacen los principales criterios de vulnerabilidad y aun así, son excluidas de la ayuda al desarrollo y escapan a la atención del gobierno. Plantea el argumento para llegar a este grupo vulnerable a través del diseño y la implementación de políticas y programas apropiados y a través de la inclusión de intervenciones de salud mental en estrategias más amplias de reducción de la pobreza y en el trabajo de desarrollo. También describe un conjunto de intervenciones claves que pueden proporcionar un punto de partida para estas iniciativas. Este informe es un llamado a la acción para que todas las partes interesadas en el desarrollo –agencias multilaterales, agencias bilaterales, alianzas globales, fundaciones privadas, institutos académicos y de investigación y la sociedad civil – centren su atención en la salud mental. Al invertir en las personas con problemas de salud mental, se pueden mejorar los resultados del desarrollo.



ISBN 978-9962-642-65-7

9 789962 642657