



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Iztapalapa

RÉGIMEN JURÍDICO DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

T E S I N A

QUE PRESENTA

ANDREA LIZETH CONTRERAS RODRÍGUEZ

MATRICULA: 2183060140

Para acreditar el requisito del trabajo terminal
y optar al título de

LICENCIADA EN CIENCIA POLITICA


LUIS EDUARDO MEDINA TORRES

ASESOR


OMAR DE LA CRUZ CARRILLO

LECTOR

Iztapalapa, Ciudad de México, 23 de mayo de 2024.



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA – Unidad *Iztapalapa*
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA-COORDINACIÓN DE CIENCIA POLÍTICA

D I C T A M E N

Después de examinar este documento final presentado por la alumna Andrea Lizeth Contreras Rodríguez, matrícula 2183060140 con el título de Régimen jurídico de la salud mental en México se consideró que reúne las condiciones de forma y contenido para ser aprobado como conclusión de la Tesina o Trabajo Terminal, correspondiente a la Licenciatura en Ciencia Política que se imparte en esta Unidad.

Con lo cual se cubre el requisito establecido en la Licenciatura para aprobar el Seminario de Investigación III y acreditar la totalidad de los estudios que indica el Plan de Estudios vigente.

A s e s o r

Dr. Luis Eduardo Medina Torres

L e c t o r

Dr. Omar de la Cruz Carrillo

Fecha 23 de mayo de 202 Trim: 24 - Invierno No. Registro de Tesina: CRAL-2021-O

UNIDAD *Iztapalapa*

Av. Michoacán y la Purísima, Col. Vicentina, 09340, México, D. F., Tels.: 5804-4600 y 5804-4898, Tel. y Fax: [01-55] **5804-4793**

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. TEORÍA DE LA JUSTICIA, DERECHOS HUMANOS Y GOBERNANZA GLOBAL	7
DERECHOS HUMANOS	8
GOBERNANZA GLOBAL.....	20
CAPÍTULO 2. LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.....	28
CONCEPTO Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD MENTAL	29
RÉGIMEN JURÍDICO INTERNACIONAL EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS.....	44
SALUD MENTAL GLOBAL	81
CAPÍTULO 3. LA SALUD MENTAL EN EL ESTADO MEXICANO.....	95
CÓMO COMIENZA LA SALUD MENTAL EN MÉXICO	97
RÉGIMEN JURÍDICO EN SALUD MENTAL	99
TRATADOS INTERNACIONALES	99
LEYES NACIONALES	105
SALUD MENTAL NACIONAL MEXICANA	118
CONCLUSIONES.....	124
REFERENCIAS.....	129

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la salud mental? Podría parecer una pregunta que se resuelve de manera sencilla, por ejemplo, citando la definición que ofrece la Organización Mundial de la Salud, pero no es así; la salud mental tiene una gran cantidad de matices y concepciones, yendo desde un derecho humano hasta una característica identitaria por la cual una persona puede ser violentada y discriminada.

La salud mental se ha convertido en un importante tema de interés de manera reciente, lo cual puede deberse a varias razones, como el que las personas ya se sienten más cómodas y con libertad para hablar abiertamente de sus distintas discapacidades mentales, el que ahora ya existan más personas especialistas en el tema o simplemente porque se ha convertido en una moda gracias a las redes sociales.

Existe otra razón a la cual se le puede jactar dicha relevancia actual y es el evento coyuntural de la pandemia por COVID-19, pues gracias al encierro y a la poca o nula interacción social que vivieron las personas derivado de la misma, muchas comenzaron a desarrollar distintos cuadros de estrés, ansiedad y depresión, los cuales eran difundidos en las redes sociales; esta explosión cibernética evidenció una consecuencia inimaginable al inicio de la pandemia, una salud mental individual y poblacional con bastantes afectaciones; esta no estaba siendo garantizada como un derecho humano entre otras cosas producto de que la mayoría de la infraestructura médica y recursos humanos y financieros del sector público se orientó a la atención de la pandemia, dejando como única opción viable al sector privado, el cual no resulta ni antes ni ahora una alternativa barata; esta pandemia logró afianzar a la salud mental como un privilegio en vez de como un derecho. Una prueba de lo anterior son los distintos textos a los cuales se pueden acceder desde cualquier buscador de internet tras buscar salud mental en pandemia.

Derivado de lo anterior es que se construyen los propósitos y capítulos del presente trabajo. El primer capítulo centra las bases teóricas de toda la investigación; en él se desarrollan algunas de las teorías, las que resultan pertinentes para el resto de los temas, tanto de los derechos humanos como de la gobernanza global. Estos dos conceptos son la base de todo al permitir entender, por un lado, por qué la salud mental es un derecho humano y, por el otro, cuestionarse, si la salud mental es un derecho humano reconocido por la Organización de las Naciones Unidas, por qué no existe un tratado internacional en salud mental y por qué los únicos documentos que hay no son vinculantes, así mismo, si no existe un gobierno global y faltan tratados en la materia, cuál es el papel que desempeña la gobernanza global para que se garanticen los derechos humanos a nivel global y en México.

En el segundo capítulo se desarrolla todo el devenir histórico de la salud mental y su régimen jurídico internacional. El objetivo de explorar este devenir histórico es conocer los momentos coyunturales que dieron paso a esta salud mental multidisciplinaria y biopsicosocial. Y es que, resulta imposible buscar entender el concepto mismo sin antes conocer toda su historia, bagaje cultural, importancia construida con el tiempo y su fuerte relación con algunos grupos históricamente discriminados. Este devenir en concordancia con lo visto en el capítulo uno permitirán entender en qué momento la salud mental pasa a formar parte del catálogo de los derechos humanos reconocidos por la ONU.

El explorar el régimen jurídico internacional permite comprender dos situaciones. La primera, que gracias al dinamismo de la salud mental resulta de alguna manera sencillo integrarla ya sea de manera implícita o explícita y en relación directa con los derechos humanos a los distintos tratados internacionales que precisamente se focalizan en determinados grupos históricamente discriminados, por ejemplo, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. La segunda, el que no exista un tratado focalizado meramente en la salud mental de alguna manera se ve compensado con el amplio catálogo de instrumentos no vinculantes que se han publicado hacia

algunos años en materia de salud mental, siendo uno de ellos el Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Es aquí en donde la gobernanza global entra en juego y es que esta, a pesar de que no es un gobierno, sí desarrolla un papel fundamental para la solución de las problemáticas mundiales, entre ellas la situación de los derechos humanos a través de los esfuerzos coordinados de los distintos regímenes internacionales; gracias a la gobernanza global es que las instituciones internacionales han logrado crear normas internacionales que una vez aceptadas por los diversos países promueven la paz y la formación de alianzas, pues conlleva el planteamiento y cumplimiento de metas que coadyuven al bienestar nacional e internacional.

La otra cara de la moneda de la gobernanza global es que, al no ser un gobierno global no puede obligar a ningún país a acatar de manera textual y literal las normas internacionales construidas colectivamente. Esto precisamente es lo que se rescata en el capítulo tres. En dicho apartado se aborda el régimen jurídico mexicano, partiendo desde la ley suprema del territorio, que es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), pasando por la Ley General de Salud y culminando con la Ley de Salud Mental del Distrito Federal; la intención de hacer esta revisión crítica es identificar de qué manera se recupera la salud mental, ya sea como un derecho humano que se protege, respeta y promueve o no. Si bien resulta más complejo encontrarla en la CPEUM dado su generalidad, este recorrido por las distintas leyes arrojó que a pesar de que sí se habla de ella se hace desde un enfoque biomédico orientado a la recuperación de los trastornos mentales y no como un ente biopsicosocial que engloba distintas discapacidades mentales.

Dado lo anterior es que el trabajo tiene una temporalidad que va del 2021 a mayo de 2024, lo que permitió trabajar con las últimas actualizaciones hechas a las tres leyes arriba mencionadas. De igual manera, a lo largo del texto se buscó trabajar bajo un enfoque de derechos humanos, el cual, a través del análisis del régimen jurídico se buscó identificar las desigualdades estructurales que impiden una efectiva promoción, protección y ejercicio de los derechos humanos y sus

principios o, por el contrario, qué elementos intervienen para lograr esta tarea en todos los grupos históricamente discriminados. Este enfoque permitió, de igual manera, reconocer que es el Estado quien debe de respetar, proteger, promover y garantizar el ejercicio de los derechos humanos, esto en concordancia con los estándares internacionales.

Cabe señalar que, así mismo, a lo largo del texto se buscó implementar el lenguaje incluyente, el cual reconoce a todas las personas que han sido invisibilizadas y violentadas a lo largo del tiempo, como lo son las mujeres y las personas con discapacidad. Esto conlleva a que no se empleé el masculino como genérico, sino que se anteponga la palabra persona antes de alguna característica identitaria, por ejemplo, persona en situación de movilidad humana; de igual manera que se use el plural en vez del singular masculino, por ejemplo, personal administrativo.

El lenguaje incluyente permite dirigirnos a todas las personas con respeto, por lo que, bajo el enfoque de derechos humanos ya no se habla de trastornos mentales, sino de personas con discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa, la cual a su vez engloba a las personas que se encuentran dentro del espectro autista. El hablar de discapacidades permite entender que existen identidades y condiciones de vida muy distintas que no tienen que ser curadas o rehabilitadas para lograr un desarrollo pleno de la persona, ni mucho menos para lograr que encajen en la neuronorma establecida por la sociedad; es momento de dejar de normalizar y adaptar a las personas a la sociedad y emprender las acciones necesarias para que esto sea al revés.

CAPÍTULO 1. TEORÍA DE LA JUSTICIA, DERECHOS HUMANOS Y GOBERNANZA GLOBAL

En este capítulo se abordan los dos conceptos clave y la base teórica de todo el trabajo, los derechos humanos y la gobernanza global. En función de ellos es que

se logra compaginar a la salud mental como un derecho humano y las acciones que los distintos países emprenden para protegerla y garantizarla. En el apartado de los derechos humanos se plantea la vinculación entre la justicia, la libertad, la igualdad y el ideal del bien, a su vez se analiza a la persona y a los bienes sociales a los que es acreedora dentro de una sociedad, siendo algunos de esos los derechos humanos propiamente dichos; de estos últimos se plasma su clasificación, que se relaciona con cada uno de los aspectos en los que se desarrolla la vida y la dignidad de cada persona, razón por la que deben de ser salvaguardados por las distintas instituciones políticas y sociales. Finalmente, en la gobernanza global se escribe sobre su devenir histórico para tener presente las razones que dieron pie a su creación, evolución y funciones que desempeña hoy en día; se establece la inexistencia del gobierno global lo que impide la coacción de las naciones fuertes sobre las débiles para dar lugar a la cooperación internacional en variados temas bajo el timón de la igualdad, la justicia y el respeto entre Estados del mundo con base en normas positivas establecidas en varios instrumentos jurídicos internacionales que a su vez tienen como base el derecho internacional.

DERECHOS HUMANOS

Flores Rentería (2011) señala que la justicia es la distribución equitativa de los bienes y los males que a cada quien le corresponde, así como la repartición de aquello que constituye el bien común; el concepto adquiere cierta relatividad, pues lo que las personas y/o pueblos consideren un bien dependerá y se transformará conforme a su racionalidad, circunstancias particulares e históricas y deseos, de hecho, en este último plano aunado al de la sensación es en donde se construye en mayor medida la percepción del bien y mal; lo bueno es aquello que aumenta el placer, disminuye el dolor y es capaz de procurar y conservar en cualquier persona la posesión de otro bien; el mal, por el contrario, representa todo aquello que provoca dolor e impide poseer algún otro bien. Al ser las ideas del bien y mal

las que estructuran la existencia humana y por ende la vida en sociedad y ante el fin de que cada cual goce de la misma felicidad, ventajas y placeres, las leyes que se estructuren para la vida en sociedad deben de ser confeccionadas con el objeto de alcanzar la mayor igualdad y libertad ya sea civil o política posible entre todas las personas.

Las leyes tanto a nivel nacional como internacional son mecanismos que tienen la función, entre otras cosas, de proteger y salvaguardar el atributo de la dignidad humana. Su protección se debe a que resulta inherente a todas las personas, constituye la base de los derechos fundamentales y se vincula con los conceptos de autonomía, libertad e igualdad lo que la convierte en el valor básico de la persona libre y participe dentro de una sociedad, así como en el principio guía del Estado y el pilar principal de toda convivencia. Vivir una vida con dignidad significa que la persona es objeto de respeto, que su vida e integridad están protegidas y libres de ofensas y humillaciones y, por lo tanto, puede desarrollarse, a su personalidad y actuación (García González, 2015).

Con respecto a la pasión y anhelo por los principios de la libertad, igualdad y por ende justicia, estos pueden aflorar en las y los integrantes de una sociedad de manera intuitiva a pesar de que esta no se desarrolle bajo un régimen político cimentado en dichos principios, más aún si viven bajo un régimen fundamentado en las pasiones de quien gobierna y en el despotismo. Estos tipos de gobiernos son conocidos, ahora en la actualidad, por propiciar el sufrimiento generalizado, especialmente en el personal de servicio que angustiada vivía bajo la desesperación de considerar imposible alcanzar su bien deseado, la justicia, o incluso a veces por ya no volver a poseer sus bienes sociales perdidos. La injusticia es de los males más temidos, pues conlleva, además de los bienes perdidos, el temor por los males que puedan sobrevenir. Sin justicia no hay derecho ni comunidad política (Flores Rentería, 2011).

Dentro de una comunidad política, el papel que desempeña la idea del bien derivada de la justicia se plantea en la conceptualización de lo que es la persona

al tiempo que se conciben las posesiones o bienes sociales que esta debe de disfrutar en mayor o menor medida y sin distinción alguna, por ejemplo, las instituciones políticas que hacen posible la existencia de la vida en comunidad, la integración y el alcanzar fines específicos. Existen ciertos bienes característicos que son producto del bien y de la consecuente búsqueda de fines propios de la comunidad, estos son los denominados derechos humanos que son, además, producto de la evolución histórica, cultural, política, filosófica de cada sociedad y de la conciencia colectiva lo que a su vez los dota de universalidad, característica que los hace disfrutables en más de una región y propicia el intercambio cultural, el crecimiento de las comunicaciones y el desarrollo tecnológico y científico en la sociedades modernas. Gracias a esta característica es que los derechos humanos logran afianzar las relaciones mundiales (Flores Rentería, 2011).

Los principios bajo los que se rigen estos derechos son del tipo político y social, necesarios para juzgar si las relaciones sociales en un Estado son justas o injustas, así como sus leyes. Dada su importancia en las sociedades modernas, se buscó plasmarlos en un documento con validez oficial, ese documento fue la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Además de los derechos, en la Declaración se asentaron algunos ideales necesarios para una convivencia justa; el primero de ellos es que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; el segundo es que la existencia humana se define por la razón y la conciencia; el tercero plantea que la vida y la seguridad son bienes esenciales aunadas a la libertad, el santuario de la humanidad (Flores Rentería, 2011).

Las Naciones Unidas en su papel de organismo internacional, una vez que cobijó los derechos humanos en la Declaración Universal brindó una concepción más amplia de lo que son. Los describe como aquellos derechos que tenemos gracias a que existimos, son inherentes a cada persona sin importar aspectos como la nacionalidad, color de piel, religión o cualquier otra característica de la misma índole. Se entienden como un conjunto de principios que además de ser

aceptados universalmente buscan asegurar la dignidad del ser humano como persona en su dimensión individual, social, material y espiritual. Encima, estos tienen la característica de dividirse según su importancia en torno a la salvaguarda de la persona acreedora de ellos, lo que de acuerdo con cada autor propicia la existencia de varias clasificaciones (Nava Cortez, 2011; United Nations. Human Rights, 2021).

De manera muy genérica los derechos humanos pueden desglosarse en fundamentales como la vida misma y complementarios que hacen valer esta vida, por ejemplo, la salud y la educación. Existen otras tipologías más complejas, como la de Sánchez Agesta que clasifica los derechos humanos en cuatro grupos; el primero de ellos contempla los derechos civiles, aquellos que protegen la vida personal individual a través del derecho a la intimidad personal, a la seguridad personal y a la seguridad económica. El segundo grupo comprende los derechos públicos que corresponden a los derechos de intervención en la formación de la opinión pública. El tercero contempla los derechos políticos que se diferencian por ser derechos de participación en la vida pública. Por último, el cuarto grupo se constituye por los derechos de desenvolvimiento personal por un lado y por los sociales estrictos por el otro, los cuales tienen una inspiración directa en los principios de justicia y de seguridad social (Núñez Palacios, 2016; United Nations. Human Rights, 2021).

Desde otra perspectiva, Jean Marquiset propone una tipología orientada en el reconocimiento de la persona humana y el ejercicio de su actividad fisiológica. Es de los primeros autores que buscan colocar a la salud como un derecho humano. Su clasificación comienza con el derecho a la existencia seguido por el derecho a la integridad personal, el derecho a la salud, el derecho a la vida sexual, el derecho a la justicia sobre el cuerpo humano, los derechos del médico sobre el cuerpo humano y los derechos del hombre sobre su cadáver (Núñez Palacios, 2016).

Actualmente hay una clasificación que se ha mantenido gracias a que concentra en sólo cuatro grupos todos los derechos humanos, clasificados conforme a sus características primordiales. El primer grupo corresponde a los derechos y libertades fundamentales como es el derecho a la libertad, a la seguridad jurídica, a la asociación pacífica y a la libre circulación y residencia, entre otros. El segundo grupo se denomina derechos civiles y políticos y contiene derechos para el recurso de amparo, a la participación en el gobierno de su país, al voto y a tener una igualdad con otras personas ante la ley. El tercer grupo es denominado derechos socioeconómicos, sociales y culturales en donde destaca el derecho a un nivel de vida adecuado, a la familia, a la salud física y mental, a la alimentación, a la asistencia médica y a los servicios sociales necesarios. Finalmente, el cuarto grupo es el de los derechos de los pueblos y abarca concretamente los derechos imprescindibles para el reconocimiento de los pueblos ante las distintas figuras jurídicas y políticas (Nava Cortez, 2011).

En esta última clasificación de nuevo se ve a la salud y especialmente a la salud mental como un derecho preponderante que ya no puede ni debe excluirse, lo que significa un cambio en la cosmovisión completa de los derechos humanos y la salud mental en general. Cabe mencionar que, a pesar de existir varias tipologías, lo importante está en reconocer los derechos a los que se es acreedor para poder defenderlos y exigirlos.

Dentro de las características de los derechos humanos está su fundamento en los principios básicos que promueven y reafirman su acceso indiscriminado de todas y todos. El primer principio es el de pro persona o pro homine y constituye las interpretaciones más favorables de los derechos para brindar la protección más amplia a cada persona. Se acompaña del principio de la universalidad que puede ser estudiado tanto como una característica como un principio. Como característica permite entender que los derechos humanos son exigencias éticas que van a estar justificadas y dado su importancia deben ser protegidas con eficacia a través del aparato jurídico normativo y las instituciones del tipo formales e informales que en conjunto constituyen el hacer del derecho. En cambio, la

universalidad como principio celebra la diversidad y entiende las particularidades de los contextos de cada persona por lo que permite interpretar primero, que los derechos humanos se determinan a partir de las necesidades locales y segundo, que estas realidades sociales pueden suscitar distintas violaciones de los derechos humanos (Salazar Ugarte, 2014).

El principio de inalienabilidad impide que los derechos humanos sean retirados a cualquier persona, únicamente puede invalidarse bajo situaciones específicas señaladas en las leyes supremas de cada nación. Aunado a este se encuentran otros principios no condicionados por leyes supremas como es la permanencia que significa que no deben de perderse con el transcurso del tiempo; que no son intransferibles por lo que no pueden ser convenidos para su pérdida o menoscabo; son incondicionales; son internacionales razón por la cual se encuentran plasmados en distintos instrumentos internacionales como convenios y pactos, para que su alcance y respeto sea global; son progresivos por lo que no son estáticos a un momento y sociedad determinada, deben de avanzar conforme a las necesidades de estas sin perder su esencia. Finalmente, el principio de indivisibilidad e interdependencia establece que los derechos deben de ser entendidos como un conjunto y, por ende, disfrutarse de la misma manera sin que se busque una incisión entre ellos para un disfrute aislado, es decir, no se puede disfrutar plenamente de un derecho sin los otros (Fajardo Morales, 2015; Nava Cortez, 2011; Salazar Ugarte, 2014).

Ante la titularidad de los derechos humanos, las personas se convierten en sujetos de derecho frente al Estado, lo que los dota de habilidades para ejercerlos a través de dos modos distintos. El primero de ellos es el denominado sujeto activo y se refiere al ejercicio del derecho por el titular de este. El segundo modo es el sujeto pasivo y es ante quién puede hacerse valer y exigir los derechos, es decir, el Estado; el hablar de un sujeto pasivo significa que la persona cuenta con prerrogativas frente al Estado para que este no interfiera en el ejercicio de los derechos fundamentales o para obtener la satisfacción de ciertas necesidades básicas inherentes al ser humano (Nava Cortez, 2011).

De acuerdo con Nava Cortez (2011), este ejercicio de los derechos humanos se vincula fuertemente con la justicia que, al ser un derecho social básico y un derecho humano primario dentro de un sistema legal, dota las bases para exigir el respeto y cumplimiento del resto de los derechos humanos y es que, es en el campo de la administración de justicia donde se pone a prueba si las libertades y garantías enunciadas en los instrumentos internacionales cuentan con aplicación real; es la frontera comprobable del respeto y garantía de los derechos mediante el acceso a la justicia efectiva. Encima, la justicia en conjunto con la libertad y la paz, también derechos humanos, forjan la base del reconocimiento de la dignidad y viceversa, así como de los derechos inalienables a nivel global.

El derecho propiamente dicho se define como un conjunto de normas que imponen deberes y normas al tiempo que confieren facultades, establecen las bases de convivencia social y dotan a las integrantes de la sociedad de los mínimos de seguridad, certeza, igualdad, libertad y justicia. Dado sus características, Pereznieto Castro y Ledesma Mondragón (1992) clasifican al derecho en cuatro categorías distintas. Primero como un ordenamiento integrado por un conjunto de normas que regulan la conducta humana; segundo, como un fenómeno social u ordenamiento jurídico que regula la conducta entre las personas vistas como un grupo; tercero, como un valor que considera las disposiciones que son obligatorias y se encuentran al servicio de los valores sociales; cuarto, como argumentación que representa las normas que se materializan a través del lenguaje, siendo este, el instrumento del legislador.

Por otro lado, Basave Fernández del Valle (1993) distingue tres fines del derecho:

1. La seguridad: el derecho como un ordenamiento jurídico tiene que responder a la necesidad de un régimen estable lo que conlleva la eliminación de la arbitrariedad. Este ordenamiento jurídico se traduce en la certeza dada a cada persona de que sus bienes, su identidad y sus

derechos no serán violentados y en caso de ocurrir tal acto, será reparado el daño.

2. La justicia: ya sea general o legal es la que hace que cada persona ajuste su bien particular al bien del conjunto o de la sociedad. De esta deriva el concepto de justicia social que tiene el objetivo de regular las relaciones de las clases sociales y de los individuos de la sociedad.
3. El bien común: son las condiciones sociales con las cuales cada persona puede cumplir con su destino natural y espiritual, acciones que de igual manera tienen que ser un fin de acción gubernamental.

Los derechos y derechos humanos no resultan en elementos opuestos con objetivos polarizados, al contrario, se complementan en beneficio de las sociedades, los pueblos y en general, de las personas, teniendo como base principios semejantes. Esta complementariedad se explica a través de su devenir histórico y en especial con las teorías de los derechos humanos que tienen su origen en la conciencia universal de los derechos de las personas y en las actividades que debían de suprimirse para evitar sus violaciones.

En cuanto al elemento teórico de los derechos humanos se rescatan dos teorías. La primera se denomina Teoría de la elección y su fundador es Hart. Tiene como argumento principal que el derecho de los seres humanos de ser libres los dota de la elección para decidir el modo y momento en que el resto debe de omitir el uso de la fuerza contra si, al mismo tiempo en que cuenta con la libertad de no cometer acciones coercitivas o restrictivas hacia otras personas. Considera al derecho a la libertad como un derecho natural y de carácter prima facie, característica que determina que todas las personas puedan gozarla sin que sea creada o conferida por la acción voluntaria del resto, por lo que el derecho a limitarla deberá basarse en un derecho especial surgido de una transacción voluntaria o de un derecho general que derive de un sistema de restricciones mutuas (Spector, 2015).

La segunda es la teoría de Joel Feinberg, denominada Teoría de las pretensiones válidas de los derechos y hace hincapié en las actividades de pretender y demandar al derecho dentro de actividades gobernadas por las reglas; para esto, retoma el esquema holfeldiano de derechos en donde se distinguen los derechos – pretensiones en lugar de las libertades, potestades e inmunidades. Tener derechos – pretensiones se equipará a tener una pretensión válida lo que significa encontrarse en una posición adecuada según el sistema legal o moral para pretender o demandar un derecho a la par que se puede protestar por alguna violación cometida a este. Esta demanda debe sustentarse en actividades asociadas con la dignidad humana. Asimismo, ante un lenguaje de las necesidades objetivo, las autoridades deben de ser capaces de conocer las necesidades de cada titular del derecho para satisfacerlas con respeto y dignidad (Spector, 2015).

Por el lado del devenir histórico, la conciencia universal de los derechos y su defensa a través de distintas ideologías impulsó dos movimientos internacionales destinados a la salvaguarda de los derechos humanos. El primero fue el de los Derechos de las Minorías, plasmado en el Tratado de Versalles de 1918-1919 y administrado por la Sociedad de las Naciones. El segundo, el movimiento de los Derechos Humanos fue la respuesta a la Segunda Guerra Mundial, a la crueldad del genocidio, al autoritarismo político y a la discriminación étnica; fue tal su auge que logró incidir en el reconocimiento y protección de los principios éticos fundamentales a través de un régimen jurídico internacional y la aplicación de la expresión de derechos humanos propiamente dichos en el derecho internacional en la Carta de las Naciones Unidas, específicamente en su artículo 68 para facultar al Consejo Económico y Social para que estableciera las comisiones que, posteriormente, dieran paso al surgimiento de la Comisión de Derechos Humanos. El documento en donde se plasmó todo el movimiento de derechos humanos fue la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Spector, 2015).

Esa Declaración fue muy bien aceptada y vino acompañada de un auge creciente de los derechos humanos debido a que representaba la culminación de la creación de las instituciones internacionales que perseguían el objetivo de la estabilidad, cooperación, justicia, igualdad y dignidad global, siendo estas la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ambas organizaciones y la Declaración Universal materializaron el deseo de paz en la comunidad internacional gracias al reconocimiento universal que hacen de los derechos humanos, singularidad afectada y violentada durante la era del fascismo y el nazismo. La Declaración por sí misma se convirtió en el estándar común deseable y alcanzable para todos los pueblos, ya que representaba “el reconocimiento de la dignidad inalienable de los seres humanos” (Humanium, 2022). Era un llamado y exigencia hacia la eliminación de la discriminación, la desigualdad y cualquier tipo de distinción entre todas las personas alrededor del mundo.

Los derechos humanos validados y reconocidos en un documento oficial en conjunto con la justicia se convirtieron en la base sobre la que se construyeron las sociedades modernas, quedando sólo en el recuerdo aquellas que permitían el predominio de la violencia y validaban las relaciones de poder, situaciones visibles tanto a nivel doméstico como en todo el mundo.

La OMS deviene de la creación de la ONU con el objeto de ser la organización con carácter mundial que pudiera dedicarse a la salud desde un enfoque de derechos humanos. Este carácter:

crea una obligación legal para los estados de garantizar el acceso a una atención médica oportuna, aceptable y asequible de calidad adecuada, así como de proporcionar los determinantes subyacentes de la salud, como agua segura y potable, saneamiento, alimentos, vivienda, información y educación relacionadas con la salud, e igualdad de género (WHO, 2022a).

Para cumplir dichos compromisos el Estado debe someterse a ciertas acciones. Primero, buscar la mayor asignación de recursos disponibles en las áreas pertinentes. Segundo, crear políticas y programas de salud que den prioridad a los grupos históricamente discriminados¹ para así alcanzar la igualdad en el disfrute del derecho a la salud sin discriminación por motivos de edad, tono de piel o cualquier otra característica identitaria. Las mismas políticas deben procurar las libertades integradas al derecho a la salud como es el control del cuerpo propio (en el caso de los derechos reproductivos), encontrarse libre de interferencias (como procedimientos médicos no consentidos), así como el acceso a un sistema de protección de salud que no incurriere en la discriminación y sea incluyente. Tercero, permitir y fomentar la participación significativa de actrices y actores nacionales y no nacionales en todas las fases de la programación de políticas (WHO, 2022a).

A pesar de la importancia del derecho a la salud mental y el aumento de los niveles de violencia, exclusión social y pobreza que indudablemente la empeoran, su atención continúa siendo inadecuada en la salud pública. Un claro ejemplo es que ciertos grupos históricamente discriminados como las personas con discapacidad, las que viven con VIH y las personas trans ven el entorno de la atención médica como un riesgo de experimentar mayores abusos en contra de sus derechos humanos, siendo incluso víctimas de procedimientos coercitivos y forzados (WHO, 2022a).

En suma, sólo el respeto de los principios básicos de los derechos humanos por todas las actrices y actores estatales y no estatales permitirán un disfrute completo de los derechos humanos, incluida la salud, tanto física como mental. La rendición de cuentas hacia los organismos internacionales, la constitución de controles y equilibrios y la eliminación del liderazgo unitario se convirtieron en el

¹ Grupos y personas que históricamente han sido discriminadas y que se han enfrentado a brechas de desigualdad, violencia sistemática, exclusión, maltrato, abuso y mayores obstáculos para el pleno ejercicio de sus derechos, todo esto fruto de la desigualdad estructural. Además, se les relacionan con prejuicios sociales negativos susceptibles de ser reforzados por la normatividad.

medio por el que se debe de suprimir las violaciones de los derechos humanos a nivel global.

Los derechos humanos se relacionan fuertemente con la discriminación dado que esta es resultado de la violación de los primeros. Existen distintas definiciones de discriminación, una de ellas es la que se encuentra en el artículo 1° de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, la cual señala que “Para los efectos de esta ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud física o mental, jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo; También se entenderá como discriminación la homofobia, misoginia, cualquier manifestación de xenofobia, segregación racial, antisemitismo, así como la discriminación racial y otras formas conexas de intolerancia” (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2023: p. 1-2).

Por otro lado, Amnistía Internacional rescata el aspecto subjetivo de la discriminación, pues la concibe como aquello que ataca el corazón mismo de lo que significa ser humano, dado que conlleva dañar los derechos de alguien por ser quien es o por creer en lo que cree, perpetuando de esta manera la desigualdad. La discriminación también se presenta “cuando una persona no puede disfrutar de sus derechos humanos o de otros derechos legales en condiciones de igualdad con otras personas debido a una distinción injustificada

que se establece en la política, la ley o el trato aplicados” (Amnistía Internacional, 2024).

GOBERNANZA GLOBAL

La búsqueda de la igualdad, la justicia y el respeto entre Estados alrededor del mundo ha sido posible gracias al entramado de normas positivas establecidas en variados instrumentos jurídicos internacionales que se han desarrollado a lo largo del tiempo. Este andamiaje de normas e instrumentos, mejor conocido como régimen internacional, es una institución internacional establecida por distintos Estados para regular o moldear sus interacciones alrededor de ciertas áreas temáticas dentro de la esfera internacional; se sustenta en los principios, las normas, las reglas y los procedimientos que orientan la toma de decisiones a través de órganos unificados y especializados (Anaya Muñoz, 2017).

El régimen internacional tiene su fundamento en el denominado derecho internacional que le sigue a la existencia del Estado moderno que aparece tras agotarse las estructuras políticas y jurídicas medievales. El derecho internacional termina de afianzarse después de la Reforma protestante de Martín Lutero, teniendo como estructura la soberanía e igualdad de los Estados nacientes, omitiendo la búsqueda de la Iglesia e imperio como autoridades (Nava Cortez, 2012).

Entre los hitos que marcaron el rumbo de la comunidad internacional se identifican el Tratado de Versalles administrado por la Sociedad de las Naciones, tras el cual se instaura un incipiente orden internacional configurado a partir de organizaciones internacionales regidas bajo la cooperación y la supranacionalidad. Posterior a la Segunda Guerra Mundial vino un rediseño estructural del derecho internacional público que se caracterizó por el impulso de las normas internacionales de derechos humanos y por la creación de órganos jurisdiccionales con misión de vigilar la aplicación de los tratados enfocados en la

misma materia. El derecho internacional de derechos humanos figuró como la piedra angular del nuevo derecho internacional público (Nava Cortez, 2012).

El nuevo derecho internacional y los instrumentos a los cuales se apegaron los distintos Estados condujeron a una dinámica de la comunidad internacional basada en contradicciones ya que, mientras es cerrada lo es también abierta. De acuerdo con Pierre-Marie Dupuy es cerrada gracias a que los Estados suelen apelar a su soberanía para evitar que otros Estados u organismos busquen influir en ámbitos de exclusividad estatal; es abierta dado que busca una mayor institucionalización del sistema jurídico denominado derecho internacional. Suele contar con gran apertura a las negociaciones en variados temas como la cooperación científica, empero mantenerse en conflicto permanente al abordar otros tantos, como los bélicos. Este conjunto de características y contradicciones propiciaron la fragmentación del derecho internacional en dos modos de entenderlo, el regionalismo y la especialización (Nava Cortez, 2012).

El primero, el regionalismo, se entiende como el agrupamiento geográfico de algunos Estados de la comunidad internacional y parte de la premisa de que en el derecho internacional no existe un monopolio para la creación de normas lo que da pie a una actividad legislativa internacional de carácter difusa que otorga los mismos derechos a la mayoría de los Estados agrupados. Si bien el regionalismo rompió la idea original de la universalidad, derecho internacional clásico que incluye a todos los Estados del orbe en beneficio de la paz y la cooperación, conlleva entender que, a pesar de la existencia de variadas regiones, resulta complejo identificarlas con precisión gracias a la inexistencia de un consenso sobre la cantidad de Estados que deben conformarlas y de las características en común que deben de compartir. En realidad, el objetivo central de la regionalización es el sostener posiciones conjuntas entre Estados asiáticos, latinoamericanos, europeos que a la larga edifiquen una sociedad internacional más integrada (Nava Cortez, 2012).

La especialización, por otro lado, se refiere al proceso de institucionalización o especialización técnica del derecho internacional en determinadas áreas de conocimiento o campos jurídicos. Dependiendo del grado de institucionalización de estas ramas es que se verá determinada la configuración del régimen autónomo o especializado que a su vez se conformará por normas jurídicas, organizaciones de cooperación, organismos cuasijurisdiccionales, instituciones supranacionales, órganos judiciales, relatorías especiales y cortes internacionales permanentes. Esta especialización ha permitido que situaciones de derecho interno puedan ser estudiadas a partir de normas internacionales que así lo ameritan. Un claro ejemplo es el denominado derecho internacional de los derechos humanos que es el tránsito del constitucionalismo moderno al derecho internacional en lo que se refiere al catálogo de derechos y libertades fundamentales (Nava Cortez, 2012).

El régimen especializado que deviene del derecho internacional de derechos humanos recibe el nombre de régimen internacional de derechos humanos y se caracteriza porque emana los principios básicos de estos, es decir, la dignidad, la igualdad, la inalienabilidad, la universalidad, la interdependencia, la indivisibilidad y la justicia, esta última como elemento clave de la cooperación social entre los bloques de naciones y grandes consorcios internacionales. Pero, para que efectúe sus funciones de manera eficaz dentro de una realidad empírica, diversa y ampliada se subdivide en varios regímenes internacionales que poseen facultades y concepciones distintas, yendo así desde sistemas de protección, el sistema universal hasta al sistema interamericano (Anaya Muñoz, 2017).

El complejo de regímenes internacionales de derechos humanos logra segregarse a través de las distintas organizaciones internacionales y regionales existentes, las normas y órganos que las sustentan y por el papel que desempeñan en la promoción y defensa de los derechos humanos en todo el mundo. Algunos de los regímenes que mayormente sobresalen son el de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) también denominado régimen universal, el del Consejo de Europa o europeo, el de la Organización de Estados

Americanos (OEA) también denominado interamericano y el de la Unión Africana (UA) o africano (Anaya Muñoz, 2017).

El régimen universal es el de mayor predominancia en todo el mundo al congregar regiones de distintos continentes; es considerado el centro de la cooperación mundial en vista de que permite la inclusión de los derechos humanos en distintos instrumentos a los cuales tienen que apegarse sus miembros para la protección ampliada de estos. Se conforma por dos sub-regímenes; el primero de ellos es el que surge de la Carta de la ONU y que por lo tanto gira alrededor de la Comisión de Derechos Humanos; el segundo está conformado por los comités que han surgido de los tratados y convenciones internacionales que se han adoptado en torno a los derechos humanos (Anaya Muñoz, 2017).

Ahora bien, la gobernanza global es un concepto de Relaciones Internacionales que en los últimos años ha logrado alcanzar un gran auge tanto en la política mundial como en la academia por tratar cualquier tópico de interés global, como son los derechos humanos o la justificación de ciertas políticas nacionales. Surge como una iniciativa de Willy Brandt, el ex canciller de la República Federal Alemana, para crear un grupo internacional de expertos que pudieran reflexionar sobre las relaciones entre los Estados desde diferentes campos, lo que suponía a su vez la resolución de problemas mundiales. Para 1989, tras la integración de varios ex comisionados internacionales logra concretarse. En 1994, el grupo publicó el reporte *Our Global Neighborhood* (Nuestro Vecindario Global)², con lo que se asentaba la gobernanza global como “parte de la evolución de los esfuerzos humanos por organizar la vida en el planeta” (Villamar Nava, 2017: 138).

Al ser la gobernanza global una noción compleja y contingente de la política internacional no cuenta con una definición oficial sino con acercamientos. Puede tratarse del traslado de las actividades domésticas al plano internacional, así como

² Traducción propia

la idea de gobernar dejando de lado la soberanía al tiempo que se trascienden las fronteras nacionales, o como el conjunto de esfuerzos coordinados de los regímenes internacionales para solucionar problemas (Querejazu, 2020).

Ante la divergencia de definiciones, varias personas autoras buscaron congregarse y delimitar lo que este concepto acarrea. Algunos de estos exponentes son Ba y Hoffman, quienes proponen tres categorías de gobernanza global, como fenómeno, como visión del mundo y como proyecto político. Como fenómeno se le entiende como un sistema de reglas dependiente de significados intersubjetivos y cartas adoptadas que funcionan sólo si son aceptadas por la mayoría, vinculando así la idea del orden ante la inexistencia de un gobierno. La visión del mundo considera que las nociones clásicas basadas en el sistema de Estados son insuficientes para abordar la realidad compleja de la política mundial actual; justifica a la gobernanza global como una categoría analítica diferente de los conceptos tradicionales de las relaciones internacionales dado que analiza niveles y procesos totalmente diferentes y sus conexiones mutuas, por ejemplo, la importancia de actores no estatales, como las organizaciones internacionales y su incidencia en la agenda internacional o las múltiples formas de organización social que no emanan del Estado solamente (Querejazu, 2020).

Finalmente, señala Querejazu (2020), que la gobernanza global como proyecto político es el conjunto de ideas y estrategias que en la práctica ayudan a resolver los problemas y necesidades comunes. Entenderla desde este lente es asumir que la razón y la racionalidad son requisitos para la conducción efectiva de los asuntos internacionales y necesarios para que las instituciones internacionales logren promover la paz a través de la creación de normas internacionales que son aceptadas por todos los países; implica también el reconocimiento de su contenido ideológico y el planteamiento de metas y mecanismos institucionales para alcanzarlas; un claro ejemplo es la creación de la ONU y sus variados proyectos y acuerdos internos, pero con influencia externa alrededor del mundo. Al final, esta perspectiva de proyecto político se ve afianzada por las otras dos anteriores, fenómeno y visión del mundo, coadyuvando así a una gobernanza global de

calidad sustentada en una ética civil global argumentada en los derechos individuales como son la vida, la libertad y la justicia, tintes claro del predominio del liberalismo.

En cambio, para Keohane y Nye la gobernanza global conlleva un proceso en el que se involucran instituciones formales e informales que, además de guiar deben limitar las actividades colectivas de un grupo. Un segundo argumento se avoca a la influencia de la globalización sobre los Estados, sobre los mecanismos tradicionales que guiaban y limitaban las acciones colectivas de toda la comunidad internacional que al tiempo se transformaron en los mecanismos internacionales de la gobernanza internacional. Fue la globalización y su rapidez quien demostró que las categorías tradicionales centradas en el Estado resultaban ya insuficientes para abordar y comprender los nuevos fenómenos mundiales complejos. De hecho, los cambios de lenguaje que se suscitaron gracias a la globalización permitieron la transición de la organización internacional a la gobernanza internacional para concluir en la ya conocida gobernanza global (Querejazu, 2020; Serna de la Garza, n.d.).

Un cambio más que devino con la globalización fue la complementación de los Estados con otras figuras del tipo privado y no gubernamentales en varios niveles geográficos. Esto condujo a que el Estado dejará de ser el único actor en el escenario de la política global y se impulsará la creación de políticas en nuevos espacios de competencia. Cabe mencionar que, a pesar de eso, el Estado se mantiene como la única forma fundamental de organización política y a las y los nuevos actores privados y públicos como elementos clave del mantenimiento del nuevo orden mundial y la conducción de algunos asuntos a nivel global (Serna de la Garza, n.d.).

De acuerdo con Villamar Nava (2017), la gobernanza global no es un gobierno global. Su inexistencia se debe a que el sistema internacional carece de jerarquía, por lo que la gobernanza global se presenta como una actividad no institucionalizada producto de la suma de las distintas formas en que las personas,

instituciones, Estados, agentes públicos y privados manejan sus asuntos en común y toman decisiones dentro de las esferas de autoridad a través de la cooperación fundamentada en arreglos informales y formales, denominados en su conjunto arreglos de gobernanza. En estos es importante el reconocimiento de la jerarquía de participación, es decir, el nivel que las unidades participantes del sistema ocupan en el ámbito doméstico y el externo. Los conflictos que pudieran suscitarse deberán ser resueltos a través de la creación de válvulas de seguridad en donde se canalicen las presiones políticas y sociales, y de instituciones formales con poderes excepcionales que vigilen el cumplimiento de los acuerdos establecidos (Querejazu, 2020).

Se busca que los acuerdos generados entre todas y todos tengan un efecto tanto en el orden internacional como en el orden doméstico para alcanzar el mantenimiento de los regímenes (como el universal), adoptar regulaciones y desarrollar programas que impliquen alivio para generalizado; el equilibrio en la balanza busca satisfacer las necesidades derivadas de las distintas circunstancias a pesar de que resulten cambiantes (Antonio Ocampo, 2015; Villamar Nava, 2017).

Más recientemente se ha buscado analizar el papel y los marcos de la gobernanza en sus distintos ámbitos de acción, siendo uno de ellos las políticas de salud; en este, se reconoce la importancia de la interacción entre la academia y los tomadores de decisiones como condición necesaria para las políticas de salud. El que dentro de un mismo ámbito existan distintos enfoques propicia la existencia de las diversas definiciones de gobernanza, que dependen de los intereses que giran alrededor de esta y que, en ocasiones, se encuentran en conflicto (Díaz-Castro et. al., 2017).

La OMS, por ejemplo, define a esta gobernanza como la implementación de políticas y prácticas que logran promover sistemas de salud equitativos. El término de gobernanza en salud se refiere a las acciones que son adoptadas por una sociedad para organizarse en torno a la promoción y protección de la salud. La

gobernanza intersectorial hace referencia al conjunto de estructuras políticas, legales y organizativas que coordinan a distintos sectores para tratar los problemas de salud. Aunque la mayoría de las definiciones de gobernanza aluden a las funciones del sistema de salud, lo cierto es que su alcance, al interior de cada país, depende del contexto social del sistema de salud, de las políticas y de las problemáticas que se pretenden solucionar (Díaz-Castro et. al., 2017).

A diferencia de lo que sucede con la gobernanza en la salud general, la gobernanza en la salud mental es un campo poco explorado. En favor de fortalecer los sistemas de salud mental y toda su labor ha tenido lugar un intento por acrecentar el interés en detallar el enfoque que ha tenido la gobernanza global en el campo de la salud mental. Este abordaje conlleva contar con un objeto delimitado, observable, reproducible y generalizable, encima de los elementos constitutivos pertinentes de la gobernanza, que son las y los actores, las normas sociales, el proceso y los puntos nodales, todo con el objeto de identificar cómo influyen y se correlacionan en los espacios de decisión de las políticas de salud mental (Díaz-Castro et. al., 2017).

De manera general, la definición de gobernanza en salud mental hace alusión a todos los organismos que gobiernan los servicios nacionales de salud mental, determinan su estructura, a las personas tomadoras de decisiones en las políticas y por ende de los resultados en salud mental. Pero esta definición puede variar de acuerdo con la totalidad de funciones que se le atribuyen, incluso, influyendo en la composición del término mismo. Por gobernanza clínica se entiende a la responsabilidad que tiene la organización del sistema nacional de salud mental en tanto a la mejora constante en la calidad de los servicios. La gobernanza compartida se centra en las decisiones de las personas expertas, pero bajo un enfoque de atención en el paciente y medicina basada en evidencia. Finalmente, la gobernanza colaborativa es la colaboración interinstitucional en la prestación de servicios, declaración de responsabilidades y rendición de cuentas (Díaz-Castro et. al., 2017).

Y lo mismo ocurre en los distintos ámbitos en los que la gobernanza global es el camino predominante, razón por la cual definiciones unificadas no coexisten con este complejo juego de personas, instituciones, agendas y procedimientos, que al final reflejan mecanismos que refuerzan la idea de la sociedad internacional que busca construirse, la sociedad vista como un repositorio de valores, derechos y cooperación social basada en la justicia para evitar violaciones persistentes a los derechos humanos.

CAPÍTULO 2. LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

En el capítulo anterior se mencionó que la salud constituye en sí misma un derecho inherente a la persona, que en conjunto con otros permiten el ejercicio de la vida. La salud está constituida por dos dimensiones, la física y la mental; suele ser más común hablar de la primera y conocer los factores que la componen, así mismo de los servicios disponibles para su atención, pero de la segunda no, es un universo complejo que si bien hoy en día va en aumento su estudio y los elementos que en ella interfieren, aun es sinónimo de estereotipos y estigmas sociales negativos, los cuales influyen fuertemente para que las políticas públicas no tengan un enfoque de derechos humanos, incluso, que haya insuficiencia en los servicios para su atención gracias a la falta de recursos humanos y financieros.

Dado este desconocimiento, en el siguiente capítulo se explorará en primera instancia, el devenir histórico de la salud mental para entender cómo llegó a convertirse en un derecho humano pues, de hecho, el concepto mismo es producto del reconocimiento de su importancia, multicausalidad y las distintas condiciones de vida que conlleva.

Posteriormente se exploran los instrumentos internacionales de derechos humanos, esto con la intención de identificar si recuperan la salud mental, y a su

vez de qué manera, implícita o explícita. Así mismo, reconocer los elementos que pueden ser trasladados a la gobernanza de cada Estado.

Finalmente, se explora la salud mental global a través de las experiencias internacionales en lo general y en lo específico. Parte del interés por presentar experiencias específicas viene de la idea de que entre más tratados ratificados mejores son los resultados hacia con la salud mental. Para explorar su situación global se trabaja con el Atlas de Salud Mental 2020, en el cual se plasman los resultados de los distintos cuestionarios emitidos por la OMS y resueltos por los países miembros; dichos cuestionarios tienen la finalidad de identificar la gobernanza nacional en salud mental (plan y ley independiente), los recursos financieros y humanos que se le designan, la ocupación de los hospitales psiquiátricos e inclusive, si esta es garantizada como parte del seguro médico y por ende si se tiene que pagar o no por ella.

CONCEPTO Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD MENTAL

La salud mental en sí misma va más allá de ser sólo una disciplina, es un derecho humano reconocido en varios instrumentos internacionales, nacionales y locales que además ha logrado convertirse en un movimiento político e ideológico que tiene como fin entender a las personas con discapacidad intelectual³, psicosocial⁴

³ Condición que limita la capacidad de aprender, comprender y comunicarse, así como incluirse en actividades de la vida cotidiana. A estas personas les cuesta más trabajo adoptar habilidades sociales para actuar en diferentes situaciones. Aparece antes de los 18 años y puede presentarse por muchas razones: genéticas (ej. Síndrome de Down), a causa de alguna enfermedad en la infancia o sin razón detectada (AT&T; YO TAMBIÉN, 2021).

⁴ Personas usuarias o exusuarias de servicios de salud mental que experimentan condiciones de vida muy diversas, desde situaciones emocionales complejas o críticas en los estados de ánimo hasta situaciones de crisis emocionales o para vivir la cotidianidad. Podrían requerir de diversos apoyos (voluntarios con el fin de respetar su derecho a decidir). Es la discapacidad más estigmatizada y en aumento por diversas causas sociales (AT&T; YO TAMBIÉN, 2021).

neurodiversa⁵ al mismo tiempo de promover y proteger el resto de sus derechos humanos.

El concepto de salud mental posee una naturaleza polisémica derivada de su construcción histórica, pues lo que se conoce actualmente como salud mental es el fruto de diversas investigaciones, teorías y del desarrollo de la salud pública, la psiquiatría clínica y otras ramas del conocimiento. Aún a la fecha, continúa enriqueciéndose gracias a las ciencias que estudian la subjetividad del ser humano (Bertolote, 2008).

Un punto de partida importante es la OMS y las definiciones que ofrece de la salud, tanto de la física como de la mental, esto a pesar de que no sean las únicas que hoy en día existen y gozan de validez; su relevancia radica en que, gracias a que son emitidas por una Organización mundial alcanzan el adjetivo de formales, lo que conlleva a su vez que sean aceptadas por un amplio número de países. De la definición de salud física que se encuentra plasmada en la Constitución de la OMS, vigente desde 1948, deriva la de salud mental. La OMS señala que la salud mental:

[...] abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud [física] que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

⁵ Judy Singer acuñó el término *neurodiversidad* en 1998 para indicar que, aunque todas las personas somos humanas, o hay dos cerebros iguales. Las personas neurodivergentes, neurodiversas o neuroatípicas son aquellas que tienen un desarrollo neurológico considerado atípico. Pertenecen a las discapacidades neurodiversas el autismo, los síndromes de Rett, de Asperger o de Heller, entre otros. Esta condición de vida afecta en mayor o menor medida la interacción social por medio de la comunicación, la conducta, el lenguaje y la integración sensorial de las personas. No es una enfermedad, es una manera diferente de interpretar las palabras, los colores, las formas y los sonidos (AT&T; YO TAMBIÉN, 2021).

Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS, 2021).

El camino que permitió llegar a dicha definición comienza con un primer acercamiento al concepto de higiene mental en un libro publicado en 1843 titulado *Mental hygiene or an examination of the intellect and passions designed to illustrate their influence on health and duration of life* (Higiene mental o un examen del intelecto y pasiones diseñado para ilustrar su influencia en la salud y la duración de vida)⁶. El siguiente acercamiento fue la búsqueda de la inclusión del desarrollo físico y mental sano del ciudadano como objetivo de la salud pública en un borrador de ley presentado a la Sociedad Berlinesa de Médicos y Cirujanos en 1849 (Bertolote, 2008).

Para 1857 Benedic August Morel presentó una clasificación de enfermedades mentales que dejaba de basarse en las manifestaciones corporales para enfocarse en la etiológica de las mismas, pues sólo cuando las causas están claramente diferenciadas es que se puede dar paso a las terapéuticas correspondientes, alcanzando así el bienestar. Hubo dos elementos revolucionarios en su teoría. El primero fue la multicausalidad (influencias mórbidas, físicas o morales, transmisión hereditaria, intoxicación por el medio social, adquiridas en la infancia o congénitas) de las enfermedades mentales. El segundo, la función articuladora del cerebro y el sistema nervioso, es decir, las dimensiones físicas con la moral o intelectual del hombre. Esta teoría fungió como preámbulo de la definición de distintas condiciones mentales y su vinculación entre sí (Caponi, 2009).

El acercamiento a la higiene mental rompió con la psiquiatría, corriente imperante en aquella época y el punto de partida de la ahora conocida salud mental y es que, a pesar de que son disciplinas que se relacionan, poseen ciertas diferencias que permite identificarlas como campos distintos. Entre las diferencias

⁶ Traducción propia

más notables se encuentra la naturaleza parapsiquiátrica⁷ de la salud mental, la cual propició que se le percibiera cercana a la salud pública y como acciones promocionales y preventivas que salen del ámbito sanitario para mirar hacia el entorno de los pacientes, es decir, la comunidad (Centro Europeo de Másteres y Posgrados, 2022; Miranda Hiriart, 2018).

A pesar de que comparten la complejización y diversificación de los padecimientos y condiciones mentales y/o psiquiátricos, así como el cambio de estrategias para atenderlos, la salud mental integra y articula los comportamientos de las personas, las discapacidades y el contexto; se convierte en una proposición que a pesar de que se nutre de conocimientos psiquiátricos introduce una discontinuidad respecto a ellos; es una composición original que cambia la enfermedad como objeto por la producción de un ideal de salud ligado a la experiencia cotidiana (Agüero de Trenquallye y Correa Moreira, 2018; Bertolote, 2008).

El movimiento de Higiene Mental surge con el objetivo de optimizar las condiciones y el trato que se le otorgaba al denominado enfermo mental. Un antecedente que sentó sus bases fue la organización de la primera sociedad enfocada en el tema, la Connecticut Society for Mental Hygiene (Sociedad de Connecticut para la Higiene Mental)⁸, el 6 de mayo de 1908 en New Haven, Connecticut (Klappenbach, 2022).

Ya como movimiento médico se origina en 1909 en Estados Unidos tras la publicación del libro de Clifford Beers, *A Mind That Found Itself* (Una mente que se encontró a sí misma)⁹. Beers permaneció recluido de 1900 a 1905 en diversos internados psiquiátricos por lo que su publicación fue la denuncia de los malos tratos recibidos en esos lugares, los cuales, al ser tan crudos, generaron gran

⁷ Prefijo para: extranjerismo derivado del griego παρά-, pará. Indica que el sufijo de éste ha de referirse que está contra él o al margen de él (Wikipedia, 2021). Parapsiquiátrico: que está al margen o en contra de la psiquiatría.

⁸ Traducción propia

⁹ Traducción propia

debate sobre su funcionamiento y las reformas pertinentes que debían de emprenderse. Finalmente, el movimiento se popularizó tras la creación de la Comisión Nacional de Higiene Mental en el mismo año; su objetivo, humanizar la atención a las personas usuarias erradicando la brutalidad y desatención, ampliar su programa para atender las distintas formas de discapacidad mental y fomentar una mayor labor preventiva dentro de la sociedad (Bertolote, 2008; Dovio, 2017; Klappenbach, 2022).

Un segundo paso fue la fundación de la National Committee for Mental Hygiene (Comité Nacional para la Higiene Mental)¹⁰, institución que se prolongó hasta 1950, año en que se funde con la Psychiatric Foundation (Fundación Psiquiátrica)¹¹ y la National Mental Health Foundation (Fundación Nacional de Salud Mental)¹² para dar paso a la National Association for Mental Health (Asociación Nacional por la Salud Mental)¹³, la cual estableció los límites precisos para el funcionamiento de los manicomios y con ello humanizar el tratamiento de las personas usuarias. Este proceso vino acompañado de la sucesiva aparición en 1919 de la Comisión Nacional de Higiene Mental en Estados Unidos que logró internacionalizarse como medio de promoción de las Ligas de Higiene Mental, del Comité Internacional de Higiene Mental que, posteriormente fue reemplazado por la Federación Mundial de Salud Mental; del Primer Congreso Internacional de Higiene Mental en 1930 en Washington y el Segundo en París en 1937 (Agüero de Trenquallye y Correa Moreira, 2018; Bertolote, 2008; Dovio, 2017; Klappenbach, 2022).

Los temas principales del movimiento fueron en primer lugar la persona enferma mental y el mejoramiento de su situación en calidad de internada, la prevención de los trastornos mentales y las nuevas formas de asistencia para las personas que no requerían internación. En segundo lugar, la deficiencia o debilidad mental. En tercero, la psicopatología del crimen; y en cuarto, la higiene

¹⁰ Traducción propia

¹¹ Traducción propia

¹² Traducción propia

¹³ Traducción propia

mental escolar bajo el presupuesto de que la prevención de debilidades mentales debía conducirse en todos los aspectos de la vida comunitaria (Klappenbach, 2022).

Una de las teorías que contribuyó al concepto de la salud mental fue la Psicosexual de Freud en la década de 1910. En su teoría propuso que el elemento mental de la persona, la personalidad, era influenciado por la subjetividad y objetividad de la persona, por lo que la salud mental radicaba en la posibilidad de hacer consciente lo inconsciente y de conocer las inquietudes y trastornos secretos de cada persona para conducir al mejoramiento de sus habilidades mentales (Días, 2019; Miranda Hiriart, 2018; Universidad Internacional de Valencia, 2018).

Gracias a la internacionalización de la higiene mental y al contexto de entreguerras, en Reino Unido en 1913, la Asociación Central para el Bienestar Mental previó de ayuda a la población considerada deficiente mental, condición vinculada a la ineficiencia social y a otro tipo de problemas sociales. La higiene mental se centró en prevenir, detectar, tratar y explicar los trastornos mentales y los problemas que devienen de ellos desde un enfoque social en el que se consideró como influencia de importancia a la sociedad misma y a las relaciones humanas; dado el cambio se convirtió en necesidad el diálogo entre la psiquiatría y las ciencias sociales (Agüero de Trenquallye y Correa Moreira, 2018).

Posteriormente, por 1915, entró en juego la psicología dinámica. Sus aportes se centraron en ver a los trastornos psíquicos y a sus manifestaciones clínicas como el resultado de la interacción de las fuerzas biológicas, psicológicas y socioculturales en el proceso de adaptación (Coderch, 2011).

Para la década de 1930 la higiene mental cobró gran auge en varios países de Latinoamérica gracias a la creación de Sociedades y Ligas encaminadas a tratar la salud mental; un claro ejemplo fue Argentina, pues en 1931 Gonzalo Bosch creó la Liga Argentina de Higiene Mental resultado de diversas transformaciones en el campo psiquiátrico y el acercamiento a la Medicina Social,

la cual era considerada como el equilibrio necesario entre la higiene mental y la profilaxis social que no era otra cosa más que evitar la reproducción de los seres considerados débiles a través de medidas biológicas y raciales (Dovio, 2017).

Para 1937, la Comisión Nacional de Higiene Mental planteó nuevas acciones que la encaminaron al ámbito público con la intención de omitir la perspectiva individual, así mismo estimuló la investigación, afianzó el apoyo público a las actividades de psiquiatría e higiene mental, instruyó a las personas en la aplicación personal de los distintos principios de la higiene mental y buscó la cooperación con los organismos de carácter gubernamental o privado que tuvieran relación con el campo de la misma (Bertolote, 2008).

En 1942, en plena II Guerra Mundial, ve la luz el Plan Beveridge en Reino Unido como la primera planificación de seguridad social; su cometido, garantizar a las personas que eran miembro del plan la vida y un buen estado de salud, consagrando así el derecho a la salud. Para 1946, la OMS propone su definición de salud en la que se le reconoce como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y ya no solamente la ausencia de enfermedades; el que la salud mental se convirtiera en un pilar de la salud en general la constituyó como nuevo ámbito técnico y conceptual (Agüero de Trenquallye y Correa Moreira, 2018).

Para 1948, la British National Association for Mental Hygiene (Asociación Nacional Británica por la Higiene Mental)¹⁴ organizó el I Congreso Internacional en Salud Mental en Londres que, además de tener el objetivo de disminuir el daño mental sufrido por las guerras proponía trabajar en un concepto que tradujera y articulara los conocimientos de múltiples disciplinas, explicara el desarrollo de las personas y las sociedades y determinara ámbitos de aplicación que impulsaran el bienestar humano. El resultado fue proponer el cambio de higiene por salud dado que esta última se distanciaba de lo patológico, congregaba la idea de equilibrio y la graduación del estado integral de la persona reconociendo así su conexión

¹⁴ Traducción propia

directa con las condiciones sociales y universales de su existencia (Agüero de Trenqualye y Correa Moreira, 2018; Bertolote, 2008).

La salud mental emerge como el ensamble de prácticas políticas y sociales lo que trajo consigo el reto de la ciudadanía mental, aquella que se caracteriza por mantener en una relación de dependencia la salud mental y la ciudadanía mundial (Agüero de Trenqualye y Correa Moreira, 2018).

Tras el congreso, nace la Federación Mundial de la Salud Mental como relevo del ya existente Comité Internacional en Higiene Mental a manos del primer director general de la OMS con la intención de proteger y fortalecer la emergente salud mental y a la ciudadanía más allá de lo patológico. La salud mental se convierte en una necesidad y comienza a entenderse como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional de cada persona (Agüero de Trenqualye y Correa Moreira, 2018: 43).

Gracias al creciente interés en la salud mental por las grandes potencias mundiales nace en 1949 el National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH)) en Estados Unidos, el cual se mantiene activo y dedicado al estudio de las ciencias básicas del cerebro y las enfermedades mentales, su tratamiento, prevención y recuperación (Miranda Hiriart, 2018; National Institute of Mental Health, 2020).

Para el mismo año tuvo lugar la primera reunión del comité de expertos de la OMS en la que se asentó a la salud mental como principio único y, por lo tanto, su incorporación en los programas de salud pública. En 1950 se llevó a cabo la segunda reunión del comité en donde se presentó una primera definición de higiene mental; se le definió como “las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental” (Organización Mundial de la Salud, 1950, p. 2). Por otro lado, la salud mental se planteó desde argumentos diversos, los cuales partieron de que no debía de ser definida negativamente, es decir, como un estado en el que el individuo se encuentra libre de trastornos psiquiátricos abiertos; se argumentó que ésta conlleva la capacidad de establecer relaciones

armoniosas con otras personas y modificar su ambiente físico y social desde una visión constructiva; se expuso así mismo que al estar influenciada por factores biológicos y sociales no es una situación estática, sino sujeta a variaciones de diversa intensidad (OMS, 1950).

Para 1958 Marie Jahoda y su obra *La Sistematización de la Salud Mental Positiva* se convirtieron en la mayor referencia de las definiciones de salud mental al proponer que ésta se mantiene en constante relación con la salud física, por lo que debe atenderse desde la crianza con el objeto de lograr un bienestar generalizado en pro de una superior calidad de vida (Miranda Hiriart, 2018; Pinos, 2020).

A pesar de la popularidad que ganaba la salud mental a nivel global, para la década de 1960 el término higiene continuaba en uso, siendo incluso la traducción francesa del término health (salud)¹⁵ en algunas publicaciones de la OMS; para las traducciones inglesas llegaba a emplearse de manera indistinta mental hygiene y mental health. Aunque la salud mental comenzó como un constructo destinado a un estado de la persona, se transformó en un campo de actividad (Bertolote, 2008).

Para 1973 Philippe Pinel propone el Tratamiento moral, el cual fungió como el punto de inflexión para que la salud mental comenzara a tener un enfoque de derechos humanos. La propuesta tiene su origen en los malos tratos que recibían las personas que vivían con distintas discapacidades asociadas al cerebro dado que, permanecían encadenados en celdas estrechas cual delincuentes; el tratamiento de Pinel se basó en la solicitud de un trato humano y la eliminación de la ideología que señalaba que al perder la razón se perdía la condición humana y con ello el trato generoso (De la Fuente, 1990).

De la década de los setenta se da un gran salto hasta la primera década del siglo XXI, donde se ven potencializadas las teorías del bienestar descendientes de

¹⁵ Traducción propia

la Salud Mental Positiva. Por un lado, se encontraba el Bienestar Psicológico de Carroll Ryff que planteaba que el funcionamiento humano óptimo es el que produce en mayor medida emociones positivas; expone que la salud positiva se localiza en los componentes físicos y mentales y sus interacciones, por lo que la salud mental es un proceso dinámico y multidimensional. Por el otro, Coray Keyes distinguió tres ámbitos de la salud mental conformados por distintos factores; el primero es el bienestar emocional; el segundo es el bienestar subjetivo; el tercero se refiere al bienestar social, dimensión que incluye al funcionamiento comunitario y los criterios inherentes al individuo dentro del tejido social en que se desenvuelve. Este modelo logró convertirse en la base de distintos instrumentos de medición de la calidad de vida y bienestar, destacando aquellos que miden la relación entre la salud mental y la física (Ovidio Muñoz, Restrepo y Cardona, 2016; Pinos, 2020).

Hasta este punto, la salud mental se presenta como un concepto colectivo, genérico, polisémico e impreciso, resultado del conjunto de diferentes perspectivas y teorías que se han ido sucediendo de modo que cada una ha aportado matices nuevos a sus antecesoras ad hoc a las necesidades de la sociedad, contexto histórico, estilos de convivencia y cultura, elementos unidos que otorgan un significado particular a la realidad. La evolución de este concepto puede contextualizarse en los ámbitos clínico, social y cultural y por ende desde lo multidisciplinario (Macaya Sandoval, Pihan Vyhmeister y Vicente Parada, 2018).

Emiliano Galende explica que la salud mental se constituye a partir de un complejo constructo interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional; esta multiplicidad de sentidos es la que propició la comprensión de las condiciones mentales individuales con relación a sus conexiones familiares, grupales y sociales, es decir, la salud mental se convirtió en el resultado del conjunto de la persona y su comunidad, logrando así separar dicho concepto del de enfermedad (Macaya Sandoval, Pihan Vyhmeister y Vicente Parada, 2018).

Dos apreciaciones que buscan explicar este constructo multidisciplinario son la construcción rizomática y la definición de la salud mental de la OMS en un

contexto actual. La construcción rizomática parte del señalamiento de que la salud y la enfermedad dependen tanto del conocimiento científico como del grado de desarrollo humano y social. En lo que respecta a la salud mental, dado la gran variedad de apreciaciones para su acercamiento es concebida como un rizoma que se entiende, de acuerdo con la teoría de Gilles Deleuze y Félix Guattari, como un modelo descriptivo en el que la organización de los elementos no siguen una subordinación jerárquica, sino que cada uno puede incidir en otro; así, la salud mental se convierte en una construcción teórica que recibe contribuciones de diversas disciplinas, las cuales tienen concepciones idiosincráticas y abordajes diferentes sobre lo que es, dotándola de dinamismo y capacidad de cambio (Macaya Sandoval, Pihan Vyhmeister y Vicente Parada, 2018).

En lo que respecta a la definición de la salud mental de la OMS, gracias a que indica que es un estado completo de bienestar, permite a la persona que la goza realizar todas sus actividades sin inconvenientes, por ejemplo, hacer frente al estrés normal de la vida e interactuar con otras personas en sus distintos ámbitos de desarrollo. Este sentido subjetivo e individual de la salud mental se ve afianzado por los múltiples factores que la determinan ya sean biológicos, socioeconómicos, medioambientales o lo que es lo mismo, en la denominada triada de factores biopsicosociales; esta resulta distinta en cada persona gracias al peso que cada factor pueda tener en un tiempo y espacio determinado, es decir, no son los mismos durante toda la vida. El observar a cada persona desde la multidisciplinariedad permite un análisis completo de su subjetividad y su complejidad individual, ya que no es posible separar el pensamiento, las creencias y los sentimientos del entorno social (Observatorio de Derechos Juveniles, 2020; OMS, 2018; Restrepo O. y Jaramillo E., 2012).

De acuerdo con el Observatorio de Derechos Juveniles (2020) la dimensión biológica se conforma por los factores biológicos que constituyen a la persona, los cuales son producto de la genética y formación durante el embarazo, por lo que no son modificables. Los componentes primordiales que intervienen en la salud mental son el denominado Sistema Nervioso Central (SNC) que a su vez se forma

por el cerebro, y el Sistema Nervioso Periférico (SNP) que se integra por los nervios que se distribuyen en todo el cuerpo. El cerebro es el órgano que recibe las sensaciones y estímulos que provienen de los nervios y las transforma en diversas funciones, como lo son el comer y generar sentimientos; cuando el desarrollo y la morfología de este órgano principal es diferente a lo considerado típico puede propiciar que la interacción social por medio de la comunicación, conducta, lenguaje e integración social de la persona se vea afectada en mayor o menor medida, lo que conduciría a requerir apoyo de los diversos servicios en salud mental.

La dimensión psicológica se constituye por los factores psicológicos o también denominados conductuales, los cuales contemplan la personalidad y las distintas condiciones mentales. Si bien estos tienen su causa en elementos biológicos son tratables y, por ende, modificables. Dentro de este grupo se encuentran las necesidades básicas que el organismo necesita satisfacer y los problemas que se desencadenan gracias al consumo de sustancias psicoactivas que a la larga pueden generar una alteración importante en el cerebro y los nervios por una atrofia en sus conexiones (Observatorio de Derechos Juveniles, 2020; OMS, 2018).

La dimensión social hace referencia a los factores sociales que catalizan la alteración de la salud mental dado que provocan incertidumbre y riesgo, entre estas es posible considerar a los cambios sociales, principalmente si ocurren a gran velocidad, las condiciones de vida estresantes, la discriminación por género, la exclusión social, la violencia, la violación de los derechos humanos, las enfermedades, entre otros. Estos se diferencian porque no le son inherentes a cada persona y, a pesar de eso tienen una influencia importante en su psique; además, su intensidad depende de los distintos ámbitos de desarrollo individual o social en los que se mueve cada una como puede ser el trabajo, la casa y la escuela, especialmente al momento en el que se intenta establecer una interacción – relación con otra (OMS, 2018).

Gracias a esta constante investigación, el concepto de salud mental dentro del ámbito de la salud pública ha cumplido una función heurística, lo que significa que se ha convertido en un tema pertinente objeto de la acción académica, profesional y política, teniendo como base los enfoques de salud y enfermedad, que a su vez se entienden desde lo biomédico, lo comportamental y lo socioeconómico; a pesar de que cada enfoque corresponde a características sociales, políticas y de apreciación particulares no deben de ser comprendidos a través de un desarrollo lineal en el que uno reemplace a otro, sino como capas que se traslapan, mezclan y que pueden llegar a confundirse (Restrepo O. y Jaramillo E., 2012).

La concepción biomédica es heredera de la tradición biologicista y empirista de la medicina occidental; la concepción de la salud mental en este campo se define a partir de dos características, la salud mental como un proceso biológico y la ausencia de la enfermedad como un criterio de normalidad. La enfermedad como eje identitario de la salud mental es producto de la interacción de factores anatómicos y entidades externas que afectan el funcionamiento orgánico, por lo que la intervención en esta se ve orientada hacia la epidemiología, la farmacoterapia, la terapia electroconvulsiva y al arreglo anatómico – fisiológica a través de la psicocirugía. Encima, dado que la actividad mental es producto del funcionamiento del cerebro, la salud mental se ve reducida a una fracción de la salud física (Macaya Sandoval, Pihan Vyhmeister y Vicente Parada, 2018; Restrepo O. y Jaramillo E., 2012).

El enfoque comportamental tiene su origen en el momento en que las enfermedades crónicas empiezan a tomar gran protagonismo y los factores de riesgo como el comportamiento y el ambiente asociados a los problemas de salud adquieren un elevado interés. En ese momento, la salud comenzó a relacionarse con estilos de vida saludables mientras que la enfermedad con el polo opuesto, lo que trajo consigo una hiperresponsabilización de las personas en su relación salud – enfermedad. A partir de ahí surgen dos concepciones de la salud mental, la conductual y la cognitiva, al tiempo que la normalidad se entendió como la

adaptación del comportamiento individual a un conjunto de modelos universales de comportamiento y pensamiento (Restrepo O. y Jaramillo E., 2012).

La concepción conductual deja atrás el mentalismo y el reduccionismo organicista; convierte en su objeto de estudio la conducta observable explicada a través de procesos de aprendizaje y estímulos ambientales lo que propició que la salud mental se entendiera como el ajuste al contexto y al sistema productivo, y las distintas condiciones mentales como desajustes del hábito, de ahí que su atención radicara en el reacondicionamiento de la persona mediante técnicas de ingeniería conductual. En cambio, la concepción cognitiva restituye las dimensiones mentales para explicar el comportamiento, los pensamientos y los sentimientos, entendiendo lo mental en términos de estructura y procesos cognitivos. La salud mental se entiende como la capacidad de la persona para adaptarse a las demandas internas y externas, mientras que las distintas condiciones mentales como una distorsión del pensamiento que conduce a la persona a presentar desajustes del comportamiento y afecciones emocionales, por lo que su intervención tiene una orientación del tipo educativa – instruccionalista (Restrepo O. y Jaramillo E., 2012).

Finalmente, el enfoque socioeconómico explica la correlación entre el desarrollo económico y social de una nación y la promoción y protección a la salud, pues mientras los primeros son las piezas fundamentales para alcanzar el máximo estado de salud de la población, los segundos son indispensables para el desarrollo económico, social y la calidad de vida. Define lo mental con base en la estrecha relación entre la persona y las estructuras socioeconómicas, el ambiente material y la vida cultural, por lo que las condiciones objetivas de cada una son causa y no consecuencia de sus modos subjetivos de ser y pensar. Se concibe a la salud mental relacionada fuertemente con la noción de capital global dentro de un marco de desarrollo humano y de derechos, remarcando así la responsabilidad de los gobiernos de implementar las medidas que les permitan generar bienestar poblacional (Macaya Sandoval, Pihan Vyhmeister y Vicente Parada, 2018; Restrepo O. y Jaramillo E., 2012).

Lo novedoso del enfoque es que introduce la noción de modo de vida mediado por las condiciones de vida producto de las dimensiones sociohistóricas que no dependen de las conductas de cada persona sino de las posibilidades concretas para poder tener una vida sana; además, critica la medicalización, el individualismo y las intervenciones médicas innecesarias y que rompen con el ideal de los derechos humanos (Restrepo O. y Jaramillo E., 2012).

La relación que mantienen la salud mental con la educación se sustenta en la esencia de esta última, la cual es concebida como el desarrollo integral de la persona en formación a través de distintas destrezas, hábitos, costumbres y conocimientos, bajo la ampliada participación de varias personas y grupos sociales como puede ser desde la familia hasta el Estado (Macaya Sandoval, Pihan Vyhmeister y Vicente Parada, 2018).

Dado que la educación puede ocurrir como instrucción formalizada o de manera no intencional, la concepción que se tenga de la salud mental influirá de sobremanera en las estrategias que se implementen para entender y vivir desde los distintos grupos inmersos en la sociedad las discapacidades intelectual, psicosocial y/o neurodiversa, así mismo, el vivir o no situaciones repetitivas de violencia y discriminación, las cuales se aprenden y replican; la salud mental debe de estudiarse y entenderse desde la subjetividad de cada persona y sus contextos, segregando el ideal de la eficacia en esferas sociales precisas. La educación, intencionada o no debe de contribuir a la autorrealización de cada persona y por ende en su salud mental (Macaya Sandoval, Pihan Vyhmeister y Vicente Parada, 2018).

La educación social, como vertiente de la educación se vincula fuertemente con la cultura que se caracteriza porque guía a las personas con su particular significado sobre la realidad. Cuando esta es alta se aprecia al ser como un ente integral y biopsicosocial, por lo que una condición mental atípica no influye de manera negativa en el desarrollo de la sociedad misma, al contrario, se busca entenderla y vivir con ella desde los distintos ámbitos de desarrollo de la persona.

Por el contrario, cuando la educación social es baja y se vincula con una cultura pobre las discapacidades asociadas con el cerebro y la interacción social son vistas como un desperfecto patológico que tiene que ser erradicado (Macaya Sandoval, Pihan Vyhmeister y Vicente Parada, 2018).

El que haya imprecisión en los significados de los elementos que oscilan alrededor de la salud mental así como la gran diversidad de disciplinas que suman a su estudio propicia que no se pueda hablar de una salud mental en singular, sino de múltiples versiones que no encajan en una categoría homogénea con bordes bien definidos del tipo epistemológicos, teóricos y metodológicos, por lo que, para mejorar la salud mental debe de ser prioridad en las políticas, programas y estrategias un carácter multisectorial que incluya a la educación, el trabajo, la justicia, el ambiente y la asistencia social que, además de lograr impactar en el bienestar de las personas disminuyan las condiciones históricas, sociales, políticas, culturales y económicas que fomenten la inequidad, la injusticia en oportunidades, la discriminación, la violencia, la pobreza y en resumen, todas aquellas condiciones que afectan la salud mental (Restrepo O. y Jaramillo E., 2012).

RÉGIMEN JURÍDICO INTERNACIONAL EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

El sistema actual del derecho internacional de los derechos humanos ha evolucionado al punto en el que ya no sólo las personas físicas son actores en el escenario mundial, sino que, ahora los Estados y las organizaciones internacionales también se convierten en personas, lo que a su vez conlleva la titularidad de obligaciones y derechos consagrados en normas internacionales, y la capacidad de exigirlos y ejercerlos frente a los distintos órganos de carácter internacional (Nava Cortez, 2012).

Encima, el Estado es el sujeto de derecho internacional más importante gracias a su virtud de poder generar normas jurídicas, aunque puede que actualmente su papel peligre gracias al tratamiento del voluntarismo estatal; la soberanía estatal; la voluntad estatal y la soberanía internacional en la organización supranacional.

De acuerdo con Nava Cortez (2012), el voluntarismo estatal se refiere al poder de los Estados para crear, terminar y firmar convenciones internacionales con el objeto de obligarse a cumplirlas, pero ahora, algunas instituciones internacionales como las cortes y los tribunales internacionales de derechos humanos pueden obligar a estos Estados a acatar ciertas normas jurídicas internacionales, a pesar de que no sea su voluntad original.

La soberanía estatal es el límite a la intromisión de algún estado soberano en los asuntos internos de otro, pero ha sido reducida por los órganos internacionales gracias al surgimiento de las relaciones y el derecho internacional, fenómenos que escapan de la voluntad de los mismos estados, pues los obliga a cumplir acuerdos y obligaciones previamente pactadas y acatadas. Finalmente, existe un debate que busca replantear la voluntad estatal y la soberanía internacional en un nuevo concepto de organización supranacional en el que el Estado sea menos soberano en torno al derecho internacional (Nava Cortez, 2012).

Las organizaciones internacionales desde el siglo XIX se convirtieron en las encargadas de vigilar las normas internacionales sustantivas y su violación a partir de distintos mecanismos de control que pueden ir desde informes periódicos, verificación directa hasta medidas cautelares. Dado que el ámbito internacional de los derechos humanos fue el espacio en donde mejor fueron recibidas, los mecanismos de control son ejercidos principalmente por el Consejo de Derechos Humanos, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y por los diversos comités creados para vigilar el cumplimiento de los

tratados internacionales fundamentales de los derechos humanos (Nava Cortez, 2012).

Las principales organizaciones internacionales que han buscado abordar los derechos humanos y en específico el de la salud en sus dos vertientes, física y mental son la ONU, la OMS, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La ONU, en su papel de velar por la protección y promoción de los derechos humanos, además de instrumentos internacionales, implementa la publicación de materiales informativos en torno a los derechos humanos y la salud mental (Naciones Unidas, 2022a).

La OMS, por otro lado, es un organismo intergubernamental de carácter internacional con poderes normativos delegados por diversos Estados pero que, a pesar de ello prefiere la adopción de resoluciones no vinculantes (soft law) y recomendaciones. Ha logrado promover programas y políticas de atención con enfoques de género, equidad y derechos humanos para dar solución a las inequidades en torno a la salud física y mental (Serna de la Garza, n.d; Tobar, 2017; WHO, 2022a).

La CIDH es un órgano parte del Sistema Interamericano de protección de los derechos humanos que tiene la función de supervisar y vigilar su cumplimiento. Entre sus funciones está el tramitar las denuncias en materia de derechos humanos y realizar visitas in loco a los países con el objeto de estudiar la situación de estos (González Morales, 2009).

Finalmente, la OPS es un organismo internacional de salud pública que tiene como objetivo mejorar la salud y las condiciones de vida de las personas en los distintos pueblos de las Américas. Uno de sus objetivos es orientar sus esfuerzos por mejorar la salud de los grupos históricamente discriminados (OPS, 2022).

Las cuatro organizaciones suman esfuerzos para lograr un compendio de materiales con enfoque de derechos humanos, siendo un ejemplo los 18 tratados internacionales en materia de derechos humanos que han sido ratificados por varios Estados y que fungen como timón de las acciones internacionales y gubernamentales domésticas para protegerlos y promoverlos.

El tratado internacional, también denominado convenio, pacto, arreglo, compromiso, protocolo, convención es un proyecto elaborado y aprobado por dos o más países, en los cuales cada uno se compromete a llevar a cabo las acciones acordadas que culminarán en el beneficio, desarrollo y estrechamiento de todas las partes. Integran una fracción de la base jurídica que promociona y defiende los derechos humanos en el mundo y el desarrollo normativo e institucional del sistema internacional (Barberis, 2022; Nava Cortez, 2012; Universidad de Estudios Avanzados, 2020).

Cabe mencionar que, ningún Estado se encuentra obligado a ratificar tratados internacionales, estos sólo pueden celebrarse bajo la racionalidad; la única obligatoriedad se establece los artículos 26 del Convenio de Viena y en el 2° de la Carta de las Naciones Unidas, ambos documentos vinculantes. El primero contempla el principio *pacta sunt servanda*, que en su conjunto indica que todo tratado debe de ser cumplido de buena fe; el segundo artículo suscribe que, los Estados se comprometen a cumplir las obligaciones contraídas por ellos en conformidad con dicha Carta (Serna de la Garza, n.d.).

Los tratados internacionales de derechos humanos encuentran parte de su sustento ideológico en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la cual fue aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. En ella se reconocen a la dignidad y a los derechos fundamentales como la base para la libertad, la justicia y la paz, de ahí que resulte en el ideal común por el que todas las naciones y los pueblos deben de esforzarse, asegurando su aplicación universal y efectiva (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos, 2006).

Con respecto a los tratados en materia de derechos humanos, a pesar de que se habla de 18, en realidad se subdividen en dos partes, los primeros nueve son los tratados originales y el resto corresponde a los protocolos facultativos, los cuales devienen de los primeros y tienen la función de desarrollar mecanismos para su cumplimiento. Además, cada tratado conlleva la creación de un comité integrado por personas especialistas en la materia que supervisa la implementación de las obligaciones aceptadas por los países que han ratificado uno o varios tratados. Una aclaración importante, a pesar de que no hay un tratado internacional enfocado meramente en la salud mental, al ser considerada como un derecho humano inherente para alcanzar el bienestar y la salud se encuentra implícita en la mayoría de ellos.

Los nueve tratados internacionales originales que abordan los derechos humanos son:

NOMBRE DEL TRATADO	AÑO DE ADOPCIÓN	CONTENIDO	SALUD MENTAL
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	21 de diciembre de 1965 por la Asamblea General de la ONU. Entró en vigor el 4 de enero de 1969	de Reconoce a todas las personas como iguales ante la ley; busca evitar cualquier tipo de discriminación basada principalmente en el tono de piel, el origen nacional o étnico. Afirma la necesidad de eliminar la discriminación racial en todo el mundo en todas sus formas y manifestaciones; argumenta que	De manera explícita la salud mental no es mencionada en ningún artículo de la convención, pero, dado que busca evitar la discriminación conlleva la implementación de la justicia y el goce de todos los derechos consagrados en el resto de los instrumentos internacionales, siendo un ejemplo el derecho a la salud y con ello el acceso a los servicios de salud que propicien un bienestar físico y mental (United Nations.

			cualquier doctrina de superioridad es científicamente falsa, moralmente condenable y socialmente injusta y peligrosa.	Human Rights, 2022a).
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	16 de diciembre de 1966 por la Asamblea General de la ONU. Entró en vigor el 23 de marzo de 1976	de	Protege el derecho a la libre determinación de todos los pueblos lo que a su vez conlleva el reconocimiento de su condición política y la búsqueda de su desarrollo económico, social y cultural a través de la utilización plena y libre de sus riquezas y recursos naturales.	El derecho a la salud mental no se menciona de manera explícita en los artículos, aunque sí se vuelve inherente ante la protección de otros derechos humanos fundamentales.
			Reconoce el derecho de las personas para conformar organizaciones, así como los derechos que poseen para desarrollar sus actividades.	El artículo 7 menciona que ninguna persona debe de ser sometida sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos, lo que puede traducirse en su derecho a decidir si desean o no recibir apoyo de los distintos servicios de salud mental, abogando por aquellos que no conlleven actos de tortura.
				El artículo 26 rescata el derecho a la no discriminación con el fin de garantizar a todas las personas una protección igual y efectiva ante la ley. La discriminación resulta en la negación

de uno o varios derechos humanos fundamentales, por lo que este artículo puede interpretarse como la protección del ejercicio de todos los derechos, rescatando así el derecho a la salud tanto física como mental (United Nations. Human Rights, 2022b).

<p>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</p>	<p>16 de diciembre de 1966 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Entró en vigor el 3 de enero de 1976</p>	<p>Reitera varios de los derechos reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, como lo es la libre determinación de todos los pueblos.</p> <p>De igual manera, reconoce el derecho al trabajo en condiciones equitativas y satisfactorias que asegure una remuneración justa, una vida digna, igualdad de oportunidades, descanso y ocio. El derecho a la seguridad social y a la cultura.</p>	<p>El derecho a la salud mental se recupera tanto de forma textual como explícita en varios de los artículos del presente Pacto.</p> <p>El artículo 9 reconoce el derecho de toda persona a la seguridad social, incluido el seguro social, el cual, al menos en México, tiene la finalidad de alcanzar el bienestar individual y colectivo a través de la asistencia médica y la garantía del derecho a la salud en sus dos vertientes, la física y mental.</p> <p>El artículo 10 busca otorgar protección especial y seguridad social a las madres durante y después del parto, la cual conlleva el</p>
--	---	--	---

seguro social y por ende la asistencia médica para un bienestar generalizado. También, aboga por la existencia de medidas especiales orientadas al bienestar de las niñas y las adolescentes, como el prohibir que trabajen en lugares que resulten nocivos a su salud, su desarrollo o su vida.

El artículo 11 aborda el derecho a un nivel de vida adecuado, así como la mejora continua de las condiciones de vida, lo que a su vez acarrea otros derechos básicos como la alimentación, prerrogativas que toman protagonismo en cada uno de los elementos de la triada biopsicosocial de la salud mental.

Por otro lado, el artículo 12 es el único que en su texto recupera textualmente a la salud mental pues, desarrolla el derecho de toda persona al nivel más alto posible tanto de salud física como mental; para su plena realización propone la

implementación de medidas que permitan desde la reducción de la tasa de mortalidad infantil hasta el aseguramiento de los servicios de salud y atención médica a todas las personas (United Nations. Human Rights, 2022c).

<p>Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer</p>	<p>18 de diciembre de 1979 por la Asamblea General de la ONU. Entró en vigor el 3 de septiembre de 1981</p>	<p>Coloca en el centro de los derechos humanos y libertades de las mujeres con la intención de garantizar su dignidad, valor y condición jurídica en igualdad de condiciones que el resto de las personas, especialmente con los hombres. Plantea la obligatoriedad de los Estados miembro por adoptar las medidas necesarias que modifiquen el papel tradicional del hombre y la mujer en la sociedad a fin de que estas últimas vivan sin discriminación y una</p>	<p>La Convención busca recuperar el derecho a la salud general en algunos artículos, además, la focaliza a la mujer, grupo históricamente discriminado y a sus distintas interseccionalidades. Cabe mencionar que, no hace un señalamiento específico de la salud mental, por lo que únicamente se recupera de manera implícita. El primer artículo que aborda la salud es el 10; este, en su último apartado rescata a la información como el punto de partida para que las mujeres y su familia gocen de buena salud, dado que les permite tomar decisiones acordes a</p>
--	---	--	---

vida plena y de sus necesidades y realización. bienestar como, por ejemplo, su planificación familiar.

El artículo 11, enfocado principalmente en la esfera del empleo busca asegurar los derechos de la mujer, específicamente el de la salud a través de la creación e implementación de distintos mecanismos que tengan como fin conjunto eliminar la discriminación a la que hacen frente en su día a día derivado de su contexto laboral en el que puede que imperen prejuicios, estereotipos o estigmas negativos. El mismo texto hace hincapié en la necesidad de garantizar la salvaguardia de las mujeres antes, durante y después del embarazo.

El artículo 12, por otro lado, recupera este mismo derecho, pero en la esfera de la atención médica; señala como necesidad que los países que ratifiquen este tratado adopten las medidas que eliminen la

discriminación contra la mujer y así se les pueda asegurar el acceso a los distintos servicios de atención médica.

El artículo 14 se avoca a la mujer rural y a las complicaciones y limitaciones a las que se enfrenta en su día, por lo que su objetivo es enmarcar derechos específicos. En el párrafo “b” se aborda el derecho a la salud y, por ende, el acceso a la atención médica sin discriminación. Por otro lado, el párrafo “h” propone la implementación de medidas que traigan como resultado condiciones de vida adecuadas, específicamente en la esfera de los servicios sanitarios, los cuales a su vez comprenden la atención médica, el diagnóstico, el tratamiento e incluso la prevención de enfermedades u complicaciones de salud, la cual se constituye por dos grandes dimensiones, la física y la mental (United

Nations. Human Rights, 2022d).

Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes	10 de diciembre de 1984 por la Asamblea General de la ONU. Entró en vigor el 26 de junio de 1987	de de la y evitar las diversas interpretaciones sobre conceptos de importancia, la Convención brinda la definición de tortura así como su fuerte relación con otros términos como el de violencia, tratos crueles e inhumanos, incluso rescata las consecuencias que de esta deviene; dicha definición brinda los parámetros necesarios para reconocerla como parte esencial de varias problemáticas sociales que varían de acuerdo con los contextos colectivos e individuales; asimismo, el tratado recopila varias recomendaciones de acción a emprenderse en	Dado la especificidad del tratado, en ningún artículo se recupera el derecho a la salud de manera general, ni mucho menos en sus dos vertientes, la física y mental (United Nations. Human Rights, 2022e).
---	---	---	--

caso de que se cometan actos de tortura o inhumanos, entre otros.

<p>Convención de los Derechos del Niño</p>	<p>20 de noviembre de 1989 por la Asamblea General de la ONU. Entró en vigor el 2 de septiembre de 1990</p>	<p>El instrumento reconoce la importancia de proteger y garantizar sus derechos a las niñas dado que son personas que por su edad y contextos pueden experimentar violencia y discriminación; de hecho, es importante rescatar que las niñas en conjunto con las adolescencias conforman un grupo históricamente discriminado.</p> <p>Para el instrumento, las niñas son aquellas personas que son menores de 18 años; y, además de rescatar el derecho a la no discriminación, sus artículos tienen el objetivo de garantizar la protección,</p>	<p>El documento contempla el derecho a la salud física y mental de manera explícita en varios de sus artículos al mismo tiempo en que reconoce aquellos derechos que la hacen valer.</p> <p>El artículo 4 señala que deberán de emprenderse las medidas legislativas que permitan la implementación de los derechos económicos, sociales y culturales, los cuales se caracterizan porque además de ser considerados derechos de igualdad material buscan satisfacer las necesidades básicas de la persona y traer con ello el nivel más alto posible de vida digna, por lo que, a pesar de que no menciona explícitamente otros derechos, puede citarse para exigir la garantía y ejercicio del derecho a la salud en sus dos</p>
--	---	---	---

bienestar, sano desarrollo, salud y dignidad de todas las niñas y niños.

El artículo 17 reconoce el papel fundamental tanto de los medios de comunicación como de la información, pues en conjunto pueden lograr la promoción del bienestar social y la salud física y mental de las niñas y niños; la Convención propone que los Estados Parte implementen acciones que alienten a los distintos medios de comunicación a presentar información con beneficio social y en un lenguaje apropiado a las niñas y niños y a sus necesidades.

El artículo 19 busca incidir en la salud mental desde la implementación de medidas de carácter legislativo, administrativo, social y educativo que logren proteger a las niñas y niños de cualquier tipo de violencia, especialmente las que sean de tipo físicas y mentales, además del maltrato, explotación, abandono, entre otras.

El artículo 23 se orienta a las niñas con discapacidad y por ende a las medidas que deseablemente deben de implementar los Estados Parte para alcanzar su máximo bienestar posible. La importancia del artículo recae en que las discapacidades se subdividen en seis tipos, la visual, la auditiva, la intelectual, la psicosocial y la neurodiversa, por lo que las niñas que se rescatan en el texto pueden formar parte de alguno de estos grupos y por ende ser usuarias de los servicios de salud mental; si el artículo busca salvaguardar el bienestar generalizado de las niñas con discapacidad es claro que parte de sus esfuerzos deben de focalizarse en una salud tanto mental como física de calidad. El texto en sí mismo se subdivide en cuatro apartados, el primero de ellos se centra en reconocer que las niñas con discapacidad deben de disfrutar de una vida plena en condiciones de

dignidad e integración social; el segundo reconoce la necesidad de garantizar los cuidados necesarios y especializados de las niñas con discapacidad; el tercero, en concordancia con el segundo, plantea que la asistencia prestada a este grupo debe de asegurar su acceso efectivo a distintos servicios que a su vez aseguren el resto de sus derechos humanos, algunos ejemplos son la atención médica, la educación y el goce efectivo de todas las oportunidades socialmente disponibles; finalmente, el párrafo cuarto alienta la cooperación internacional con la intención de intercambiar información que permita a los Estados Parte mejorar sus distintos servicios de atención a la salud física y mental.

El artículo 24 continúa en el mismo eje, pues apela por el reconocimiento de las niñas al disfrute del

nivel más alto posible de salud, la cual, como se ha mencionado en varias ocasiones, se conforma por dos vertientes en complemento, la física y la mental; es así como, al reconocerse dicho derecho se espera que los Estados que han ratificado el presente tratado se comprometan a implementar las medidas necesarias para que todas las niñas ejerzan sus derechos sin discriminación.

El artículo 25 apela porque los Estados Parte realicen supervisiones periódicas a todas las niñas y a sus entornos que hayan sido dirigidas a algún servicio de salud tanto del tipo física como mental con el fin de alcanzar los mejores resultados.

El artículo 26 constata el derecho que tienen las niñas de beneficiarse de la seguridad social, la que a su vez contempla el seguro social y por ende los servicios

médicos.

El artículo 27, continuando en la misma línea, reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado que a su vez conlleva el desarrollo físico, mental, espiritual y social de las niñas por lo que, a su vez, recomienda la implementación de medidas pertinentes que recaen tanto en el Estado como en los padres o personas tutoras de las niñas.

El artículo 32, a pesar de que no habla explícitamente de los servicios de salud, está dirigido a proteger a las niñas de cualquier explotación económica o incluso trabajos que resulten peligrosos para su salud física, mental, espiritual y su desarrollo social.

Finalmente, el artículo 39 rescata explícitamente la salud mental como una meta a alcanzarse por las niñas que han experimentado algún tipo de violencia llámese abandono, tortura o

cualquier acto cruel e inhumano; serán los Estados Parte los responsables de garantizar dicho derecho (United Nations. Human Rights, 2022f).

<p>Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares</p>	<p>18 de diciembre de 1990 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Entró en vigor el 1 de julio de 2003</p>	<p>El presente tratado se focaliza en un grupo de personas que además de encontrarse en una situación de movilidad humana presentan varias intersecciones, es decir, además de vivir esta situación tienen otras características que forman parte de su identidad, pueden ser mujeres, personas LGBT+T+IQ+, personas indígenas, personas con discapacidad o formar parte del resto de grupos históricamente discriminados; derivado de lo anterior, la presente Convención es en realidad un conjunto de principios y derechos contenidos en otras</p>	<p>A pesar de tratarse de un amplio catálogo de derechos humanos que deben de garantizarse a las personas trabajadoras en situación de movilidad humana y a sus familias la salud mental no figura de manera textual.</p> <p>Entre los artículos que rescatan la salud de manera general se encuentran el 25; este señala que las personas trabajadoras y en situación de movilidad humana deberán de gozar del derecho a la salud al mismo tiempo que de otros que la hacen valer, como pueden ser las vacaciones, la seguridad, entre otros.</p> <p>El artículo 26 aborda el derecho que tienen las personas de proteger sus derechos económicos, sociales y culturales, los cuales,</p>
---	---	--	--

tantas que tienen como finalidad proteger la dignidad de la persona y su bienestar generalizado.

Las personas en situación de movilidad humana se enfrentan en su día a día a múltiples situaciones de violencia y discriminación, como puede ser la negación al acceso de los distintos servicios de salud y es que, si bien la salud física puede verse afectada por múltiples factores como las condiciones climáticas, la salud mental es un constructo tridimensional que está influenciada por la persona misma, su biología, su discapacidad y el entorno.

como ya se mencionaba en otro tratado, se caracterizan por ser considerados derechos de igualdad material y satisfacer las necesidades básicas de la persona y con ello alcanzar su nivel más alto posible de vida digna; entonces, el artículo previo y este pueden resultar en una herramienta importante para exigir varios derechos, entre ellos el de la salud en sus dos direcciones.

El artículo 28 resulta más explícito, pues reconoce el derecho que tienen las personas trabajadoras y en situación de movilidad humana y sus familias de recibir atención médica con el fin de preservar su vida o evitar daños que resulten irreparables a su salud; algo importante es que el derecho debe de garantizarse independientemente de si las personas presenten irregularidades en su

estancia o empleo.

El artículo 43, por otro lado, reafirma el derecho a la salud al asegurar que toda persona trabajadora disfrutará en igualdad de trato que las personas nacionales del Estado en el que se trabaja el acceso a los servicios sociales y de salud, aunque bajo ciertas condiciones, como el que cumpla con los requisitos establecidos por los distintos regímenes; ahora bien, el artículo 45 establece exactamente lo mismo, pero para las personas que conforman la familia de este grupo trabajador.

El artículo 61 se avoca de manera específica a las personas trabajadoras y en situación de movilidad humana que se encuentran vinculadas a un proyecto específico, pues señala que deben de permanecer protegidas por los distintos sistemas de seguridad social, la cual conlleva el acceso a servicios de atención

médica, por lo que no es extraño que este pueda resultar en una herramienta para exigir el derecho a la salud física y mental.

Por último, el artículo 70 apela porque los Estados Parte implementen medidas con las que garanticen una vida basada en la seguridad y en la salud física y mental y, por ende, en la dignidad humana de las personas trabajadoras y en situación de movilidad humana, así como de sus familias (United Nations. Human Rights, 2022g).

<p>Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas</p>	<p>18 de diciembre de 1922 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Entró en vigor el 23 de diciembre de 2010</p>	<p>El documento se caracteriza por sus especificaciones con respecto a su contenido pues, si bien es un tratado de derechos humanos, ningún artículo recupera los derechos humanos complementarios como lo son la educación, la vivienda, la salud, la vestimenta, entre</p>	<p>Dado que es un tratado que se centra en una situación sumamente específica y no a un grupo históricamente discriminado no contiene artículos que abordan los derechos humanos complementarios, por lo que la salud mental no existe de manera textual; de hecho, el que no exista la palabra salud en su texto y bajo una perspectiva rigurosa conduce a declarar que</p>
---	--	--	--

otros, sino que se avoca meramente a la desaparición forzada en todos ejes.

la salud mental tampoco se encuentra implícitamente en la convención (United Nations. Human Rights, 2022h).

Los artículos parten de la definición de desaparición forzada, haciendo un hincapié en los elementos que deben de congregarse para que determinado acto pueda catalogarse de esta manera; le continúan las razones por las cuales no se puede excusar dicho acto violento, siendo un claro ejemplo la emergencia política.

Derivado de lo anterior, los artículos siguientes se focalizan en las acciones deseables que deben de emprender los Estados parte para evitar o incluso tipificarla como delito; eso conlleva responsabilizar a las personas

participantes,
independientemente
de si se tratan de
personas
funcionarias
públicas.

<p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</p>	<p>13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Entró en vigor el 3 de mayo de 2008</p>	<p>de El documento se caracteriza por dos situaciones; la primera, su orientación a un grupo históricamente discriminado específico que son las personas con discapacidad; la segunda, dado que las discapacidades se dividen en seis tipos distintos que son la visual, la auditiva, la intelectual, la psicosocial y la neurodiversa, el tratado no se centra de manera específica en ninguna de ellas, sino que aborda generalidades en torno a los derechos de las personas con discapacidad.</p> <p>Si bien las discapacidades son parte de la</p>	<p>La salud mental no se recupera de manera explícita en el documento, aunque sí de manera implícita, dado que de manera recurrente se apela al bienestar generalizado de las personas con discapacidad.</p> <p>Entre los artículos que rescatan elementos fuertemente aunados a la salud mental están el artículo 4, en el cual se abordan los derechos económicos, sociales y culturales, los cuales son derechos de igualdad material que buscan satisfacer las necesidades básicas de la persona y con ello alcanzar el más alto nivel de vida posible.</p> <p>El artículo 10 desarrolla el derecho a la vida y los compromisos deseables que deben de emprender los Estados Parte para lograr su disfrute efectivo lo que</p>
---	--	---	--

diversidad humana, el documento reconoce que continúan siendo un motivo por el cual las personas pueden vivir violencia y discriminación en sus distintos entornos, esto sin considerar su respectiva interseccionalidad constituida por el resto de sus características identitarias, por ejemplo, el ser una persona con discapacidad, mujer e indígena.

Derivado de lo anterior, el documento hace hincapié en la necesidad de que los Estados Parte implementen acciones que promuevan, protejan y garanticen el pleno disfrute de los derechos humanos y fundamentales de las personas con discapacidad.

conlleva la existencia de servicios de atención médica de calidad que puedan atender las distintas necesidades de las personas con discapacidad, por ejemplo, servicios de salud mental para las personas neurodivergentes.

El artículo 15 recupera el derecho a la libertad de elección, específicamente el derecho al consentimiento libre e informado de la persona para ser sometida a uno o varios experimentos médicos o científicos, los cuales, pueden llegar a resultar en perjuicio de la dignidad.

El artículo 17, aunado al anterior, reconoce que las personas con discapacidad tienen el derecho a que se les respete su integridad física y mental, lo que conlleva que no sean objeto de violencias físicas y psicológicas que atenten contra su dignidad y el ejercicio del resto de sus derechos humanos y

fundamentales.

El artículo 25 se enfoca meramente en la salud de las personas con discapacidad; lo importante es que, si bien no recupera las dos dimensiones de la salud, física y mental, sí rescata que esta tiene que ser gozada en el nivel más alto posible por todas las personas y bajo ningún tipo de discriminación, lo que a su vez conlleva la existencia de servicios médicos de calidad, gratuitos o a precios asequibles que atiendan las diversas necesidades de las personas, en específico las que devienen de los distintos tipos de discapacidad; así mismo, el personal de salud debe de contar con las herramientas necesarias para brindar una atención de calidad basada en un enfoque de derechos humanos, lo que permitirá proteger la dignidad de todas las personas y evitar tratos crueles e inhumanos.

El artículo 26 apela por

la implementación de diversas medidas, como programas y servicios, por los Estados Partes que permitan a las personas con discapacidad alcanzar su máxima independencia y la integración y desarrollo en todos sus contextos sociales, con lo que además se pretende sumar a la cultura de la no discriminación.

Finalmente, el artículo 28 retoma nuevamente el derecho al nivel de vida adecuado, pero involucrando el derecho a la protección social, la cual se ocupa de atender todas las situaciones que atenten contra el bienestar de las personas; entonces, si es reconocida como un derecho, es claro que los Estados Parte deberán de implementar todas las medidas que aseguren su libre ejercicio sin discriminación, y es que, si se busca un bienestar generalizado es una realidad que deben de existir entornos seguros libres de discriminación

y ad hoc con las necesidades de las personas con discapacidad (United Nations. Human Rights, 2022i).

A su vez, dado su importancia, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en conjunto con la Declaración Universal de Derechos Humanos conforman la denominada Carta Internacional de Derechos Humanos, la cual sienta las bases para lograr una mayor protección al derecho a la no discriminación, clave en el respeto de los demás derechos en todos los entornos y a todas las personas (Vásquez, 2008).

De acuerdo con la ONU, son 55 los países en el mundo que han ratificado entre 15 a 18 tratados en materia de derechos humanos, siendo uno de ellos México; la mayoría de estos países se localizan en el Sur de América. El lado contrario de ratificación viene del continente asiático, pues varios de sus países únicamente han ratificado de cinco a nueve tratados; si bien esto podría resultar en un indicativo de protección o no de los derechos humanos, la realidad se compone de otros instrumentos que, a pesar de que no son vinculantes funcionan como guías en la materia.

Este tipo de documentos devienen de la evolución constante que experimenta la sociedad, específicamente en el reconocimiento de los grupos históricamente discriminados y la deuda histórica en torno al ejercicio de sus derechos humanos; aunque estos instrumentos no se ratifican dado su falta de obligatoriedad jurídica, pueden ser tomados como guías por los Estados Parte para mejorar sus leyes, políticas y entornos en donde se ejercen los derechos humanos de todas las personas.

Dichos documentos forman parte de un mecanismo con apariencia de derecho, pero que no lo es y se conoce como soft law o derecho suave, este conlleva que los Estados actúen de manera voluntaria como si estuvieran obligados a respetar todo el contenido del documento. Estos, en conjunto con las resoluciones internacionales de los organismos cuasijurisdiccionales, los comités de derechos humanos y la CIDH han contribuido a la construcción de una cultura internacional de derechos humanos que se mantiene a la espera de convertirse en una costumbre internacional, la cual sí es considerada auténtico derecho (Nava Cortez, 2012).

Con respecto a la salud mental, a pesar de que no existen tratados internacionales enfocados en la materia, sí han surgido varios instrumentos que han buscado sumar al ejercicio y protección de este derecho. Inclusive, el devenir histórico de los documentos permite a su vez entender parte de la evolución que ha tenido la salud mental como disciplina académica, como ciencia social, como derecho y como elemento sustancial de las personas neurodivergentes, grupo históricamente discriminado. Algunos de los documentos con fuerte impacto para su época fueron los siguientes:

NOMBRE DEL DOCUMENTO	AÑO	CARACTERÍSTICAS
Declaración sobre los Derechos del Retraso Mental	1971	A pesar de emplear términos que actualmente no se circunscriben al enfoque de derechos humanos y antidiscriminatorio planteó las bases para que las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa ejercieran sus derechos bajo igualdad de condiciones que otras personas; además, planteó la necesidad de que los derechos no se restringieran o vulneraran

		de manera arbitraria bajo ningún contexto (Vásquez, 2008).
Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental, también conocidos como Principios de Salud Mental	1991	<p>Gracias a su impacto al momento en que fueron publicados hoy en día se consideran como los estándares más completos en la protección de las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa, aunque en esa época aún no se denominaban de esa manera.</p> <p>Se caracterizan porque marcan las directrices necesarias para establecer o evaluar los sistemas nacionales de salud al tiempo que pueden ser utilizados para interpretar las normas generales de derechos humanos con enfoque en la salud mental.</p> <p>Tal es su precisión que algunos Estados los han empleado como guía para formular sus legislaciones en torno a la salud mental, revisar y en caso necesario reestructurar sus servicios de salud mental.</p> <p>Recupera la necesidad del ejercicio antidiscriminatorio de los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones, destacando el derecho a la atención médica y al consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento médico (Vásquez, 2008).</p>

Normas Uniformes Sobre la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad	1993	<p>Establecieron las directrices para la implementación de los derechos básicos y las libertades fundamentales que, posteriormente se plasmaron en los tratados internacionales.</p> <p>Sugieren que tanto las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa como las organizaciones enfocadas en el tema deben de ser quienes redacten las nuevas legislaciones acorde con los asuntos que les competen, afectan o benefician; al mismo tiempo invita a los gobiernos a que faciliten la transición de la participación simbólica de las personas por una participación activa (Vásquez, 2008).</p>
Guía de la OMS para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales	1996	<p>Guía que sirve para evaluar los programas nacionales de salud mental de los distintos Estados a través de un cuestionario que determina si los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa son respetados en las instituciones psiquiátricas nacionales (Vásquez, 2008).</p>
Observación General 14 del Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	2000	<p>Documento en el que el derecho a la salud mental se relacionó con el ejercicio de otros derechos humanos como la prohibición del trato inhumano, la alimentación, la vivienda, el empleo, entre</p>

		<p>otros.</p> <p>Entre las conclusiones se refirió a las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa como un grupo que, derivado de sus necesidades específicas requiere de programas especiales que, entre otras cosas, oferten una atención a la salud de calidad (Vásquez, 2008).</p>
<p>Resolución Específica en Salud Mental y Derechos Humanos</p>	<p>2017</p>	<p>Documento en el que el Consejo de Derechos Humanos de la ONU reconoce a la salud mental como un derecho humano.</p> <p>Contempla como parte de la diversidad humana a las personas con discapacidad intelectual, psicosocial, neurodiversa y usuarias de los distintos servicios de salud mental; aborda el papel fundamental que desempeñan los profesionales de la salud mental en conjunto con las instituciones y servicios gubernamentales, los sistemas de justicia, las instituciones nacionales de derechos humanos y las organizaciones de la sociedad civil en la adopción de medidas que eliminen el estigma y la discriminación dentro de las prácticas que engloba la esfera de la salud mental.</p> <p>Recomienda que los Estados Miembro de la ONU adopten</p>

medidas que incorporen una perspectiva de derechos humanos en los servicios de salud, en especial los enfocados en la salud mental, así como que oferten una amplia variedad de servicios que permitan alcanzar un completo bienestar físico y mental en las personas (Confederación Salud Mental. España, 2017).

Existen otros instrumentos internacionales más detallados y focalizados en las prácticas y legislaciones que influyen en una salud mental de calidad. Al igual que los anteriores no resultan vinculantes, por lo que es complejo determinar qué países los implementan puntualmente o inclusive, si sus buenas prácticas con respecto a la salud mental son resultado de la implementación de dichas guías o sólo del cumplimiento de sus obligaciones con respecto a los tratados internacionales que ratifican.

El Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social surge en el año 2012 bajo una cultura de rechazo, estigmatización y discriminación dirigida a las personas usuarias de los servicios de salud mental, la cual era acompañada de malas prácticas médicas en los establecimientos de carácter ambulatorio u hospitalario avocados a la salud mental en muchos países; entre los derechos que mayormente se violentaban en dichos espacios eran el derecho a la libertad, a la independencia y el más alto nivel posible de calidad de vida (OMS, 2015).

A través de la evaluación de los establecimientos ambulatorios y hospitalarios se pretende identificar las malas prácticas de atención a la salud mental y emprender un camino que garantice el ejercicio indiscriminado de los

derechos humanos y con ello la dignidad de las personas; además de que busca corregir los abusos ya existentes, hace recomendaciones para crear políticas, planes y reformas legislativas con enfoque de derechos humanos (OMS, 2015).

El documento viene acompañado de una recomendación emitida por la OMS sobre el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos dado su relación con cuidados de baja calidad y constantes violaciones a los derechos humanos, esto para dar paso a la creación de servicios comunitarios y a la incorporación de la salud mental en los servicios de atención primaria en beneficio de una atención más humanizada que no separe a la persona de su entorno social (OMS, 2015).

Son cinco temas clave que fungen como timón de las evaluaciones a las instituciones de salud. El primero de ellos es el derecho a un nivel de vida adecuado y a la protección social; si la institución debe de continuar con su existencia y labor, debe de existir una reestructuración para que las personas gocen de un nivel de vida adecuado y puedan ejercer sus derechos con total libertad (OMS, 2015).

El segundo tema es el derecho a la salud física y mental en el nivel más alto posible, el cual sólo podrá alcanzarse a través de dos situaciones entrelazadas, por un lado la existencia de servicios de salud mental que sean accesibles a todas las personas tanto en distancia, costo e infraestructura; por el otro lado, que dichos establecimientos brinden una atención digna a todas las personas, lo que significa que atiendan con un enfoque de derechos humanos y que brinden los tratamientos adecuados que potencialicen el desarrollo y recuperación individual para alcanzar la reinserción social (OMS, 2015).

El tercero es el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica, a la libertad personal y a la seguridad; el cuarto es la protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, así como contra la explotación, la violencia y el abuso. Finalmente, el quinto tema aborda el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, partiendo nuevamente de las dificultades, violencias y discriminación a las que se enfrentan las personas con

alguna discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa. Las medidas que partan de estos cinco ejes deben de fomentar una mayor integración social de todas las personas, partiendo de la igualdad de oportunidades y el acceso indiscriminado a los derechos como la educación, el empleo, a la participación en la vida política, pública y cultural (OMS, 2015).

El que el Instrumento detalle con tanta precisión sus mecanismos de acción lo hacen ideal para que pueda ser utilizado por distintas organizaciones internacionales y nacionales de carácter no gubernamental de derechos humanos, como parte de un programa de mejoramiento continuo de las instituciones de salud mental o como una evaluación única (OMS, 2015).

El siguiente instrumento viene de la mano del Atlas de Salud Mental, documento que congrega los resultados sobre la forma en la que los países viven la salud mental; se trata del Plan de acción de salud mental 2013-2030, el cual es una ampliación del plan original dado que la mayoría de sus metas no fueron alcanzadas a nivel global para 2020.

Los objetivos base del Plan de Acción parten del principio mundial “no hay salud sin salud mental” y sirven para evaluar el progreso de los Estados Partes con respecto a sus servicios, políticas, legislación, planes, estrategias y programas que giran alrededor de la salud mental desde un enfoque integral y multisectorial con énfasis en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la persona; asimismo, pretende construir una amplia red de apoyo que integre a varios actores y niveles de atención (WHO, 2021a).

Proporciona orientación a los distintos planes de acción nacionales enfocados en la salud con relación a sus respectivos escenarios, recursos y la respuesta de sus sectores sociales. Los cuatro objetivos principales del Plan son la existencia de un liderazgo y gobernanza efectivos para la salud mental; la prestación de servicios integrales e integrados de atención social y de salud mental en entornos comunitarios; la implementación de estrategias de promoción y

prevención; y el fortalecimiento de los sistemas de información, evidencia e investigación (WHO, 2021a).

Con la intención de alcanzar sus objetivos, el instrumento mantiene una estrecha relación con otros planes de acción y estrategias mundiales aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, entre ellos destacan la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030 (WHO, 2021a).

Asimismo, entrelaza sus objetivos con seis ejes de carácter transversal que lo dotan de mayores especificaciones. El primero es con relación a una cobertura sanitaria universal independiente de las características identitarias de la persona como pueden ser su orientación sexual, edad, origen étnico. El segundo se relaciona con un enfoque de derechos humanos y el cumplimiento de los tratados internacionales de derechos humanos durante la atención a la salud mental. Para el tercer eje se apela a una práctica basada en la evidencia científica con la intención de evitar intervenciones que conduzcan a violaciones de derechos humanos. El cuarto busca que dicha evidencia se mantenga fuertemente aunada a las etapas de vida, como la niñez, adultez y vejez puesto que cada una conlleva necesidades particulares que deben de ser atendidas (WHO, 2021a).

El siguiente eje se relaciona con el enfoque multisectorial con el cual debe de manejarse la salud mental, puesto que, si esta es un ente constituido por una triada de factores biopsicosociales debe de ser atendida por múltiples sectores públicos y privados en perfecta coordinación, como el de la educación, la salud, el empleo, entre otros. El último eje aborda el empoderamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental a través de la promoción, planificación, legislación, política, seguimiento, investigación y evaluación de la salud mental (WHO, 2021a).

El Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación realiza distintas recomendaciones sobre el contenido deseable de las

legislaciones nacionales en torno a la salud mental, su aplicación, sustento teórico, el ejercicio de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y las condiciones para la aplicación de tratamientos como el aislamiento y las restricciones físicas.

La última actualización del instrumento tuvo lugar en el año 2006, sin embargo, sigue figurando como guía importante gracias a su practicidad, pues adjunta experiencias, prácticas, extractos de leyes y evidencia de las actividades que se llevan a cabo en el área de la salud mental en diversos países con el objeto de ejemplificar distintas rutas de acción.

Sus recomendaciones se centran en las legislaciones porque las consideran el único medio por el cual se pueden implementar políticas, programas y planes con enfoque de estándar de derechos humanos que pueden mejorar la vida de las personas que viven con discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa, asimismo de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Sus recomendaciones se adecuan a los contextos nacionales y a sus respectivos recursos humanos y financieros, pues derivado de esto variarán los servicios que oferte un país. De acuerdo con la OMS (2006), una legislación efectiva debe de desarrollar esquemáticamente tres elementos esenciales: el contexto, el contenido y el progreso, es decir, el por qué, el qué y el cómo.

Cabe mencionar que hay otros instrumentos que derivan del Sistema Interamericano y no del Universal y que también resultan de suma importancia. Uno de ellos es la Declaración de Caracas. Esta surge en 1990 tras la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada entre la OPS, la OMS y profesionales de las ciencias de la salud y del derecho. Fue el primer estándar interamericano que vinculó las convenciones internacionales de derechos humanos con sus violaciones en los hospitales psiquiátricos; fue a partir de la Declaración que varios países de las Américas comenzaron a contar con planes, políticas o legislaciones de salud mental para

hacer efectivo el ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa (Rodríguez, 2007).

SALUD MENTAL GLOBAL

Un documento que resulta de utilidad para analizar la salud mental global es el Atlas de Salud Mental 2020, pues compara el progreso de cada país hasta el 2019 con los objetivos del Plan de Acción de Salud Mental 2013–2020.

Si bien en el documento se plasma el incumplido de algunas metas que los mismos Estados Partes de la OMS se comprometieron a cumplir, también explica que el problema del poco progreso y atraso evidente se deposita en la desigual disponibilidad de recursos para la salud mental que tienen las distintas regiones y los países de ingresos altos, medios y bajos.

Los números que se reportan en el Atlas dejan ver una situación global claroscuro en tanto a la atención de la salud mental porque, así como son varios los objetivos no alcanzados, algunos de los que se reportan como logrados se encuentran desactualizados o no se están implementado con enfoque de derechos humanos. Por ejemplo, la WHO (2021b) señala que el 75% de los Estados Partes cuentan con una política independiente para tratar la salud mental, pero sólo el 46% ha buscado actualizarla de acuerdo con las necesidades de la población. De ese 75%, solo el 51%, 99 países, cuentan con una alineación completa de su política de salud mental a los distintos instrumentos nacionales y regionales de derechos humanos. En lo que respecta a las leyes, el 57% de los Estados Miembros, 111 países, tienen una ley de salud mental independiente, porcentaje que representa un aumento del 51% en comparación con el 2014 aunque, sólo 74 países cuentan con una alineación completa de su ley de salud mental a los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

De todos los Estados Partes de la ONU, únicamente el 19% usa indicadores para monitorear la implementación de sus respectivas políticas

públicas, y sólo el 45% tiene un organismo independiente que se avoca meramente a la inspección de los servicios de salud mental y a la atención de quejas sobre violaciones de derechos humanos; esto deja la interrogante sobre los países que no los implementan, de qué manera comprueban si sus políticas públicas están atendiendo el problema social para el cual fueron creadas (WHO, 2021b).

En cuanto a los recursos financieros, fue a través de una mediana mundial que se determinó que el gasto público en salud mental es bajo y especialmente escaso en los países que cuentan con ingresos medianos y bajos, aunque, para el 80% de todos los Estados Partes esto no es un determinante para brindar atención y tratamiento a los problemas de salud mental graves a través del seguro médico nacional y planes de reembolso. Con respecto a los recursos humanos se vuelve a observar una baja, pues la mediana del número de profesionales de la salud mental a nivel mundial oscila en los 13 por cada 100 000 habitantes (WHO, 2021b).

De todos los países en donde la salud mental figura dentro del seguro médico nacional, en sólo el 25% se le integra a la atención primaria de salud. Por otro lado, a pesar de que en el 2020 se apeló por la extinción de los hospitales psiquiátricos la tasa media de ingresos por cada 100 000 habitantes aumentó de 36 en 2014 a 72 en 2020, datos en discordancia con el promedio de sus camas disponibles, el cual es de 11 por cada 100 000 habitantes a nivel mundial (WHO, 2021b).

De todos los Estados Partes de la OMS, sólo el 52% tienen al menos dos programas nacionales y multisectoriales para fines de la salud mental, número si bien bajo conlleva el aumento del 41% en comparación con datos del 2014. De los países que reportaron, se contabilizaron en total 420 programas en funcionamiento, de los cuales el 18% se encamina a combatir el estigma de la salud mental, el 17% en programas escolares de prevención y promoción y el 15% en la prevención del suicidio (WHO, 2021b).

Ya de manera específica, de acuerdo con el Plan de Acción, una política de salud mental es una declaración oficial sustentada en objetivos específicos y propios que se acompañan de un plan detallado con estrategias, actividades y recursos concretos. Es posible automedir el cumplimiento de las políticas o planes conforme a estándares internacionales e instrumentos de derechos humanos a través de cinco directrices. Primera, transición hacia servicios de salud mental basados en la comunidad, incluida su atención primaria; segunda, respeto de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, con discapacidades psicosociales, neurodivergentes e inclusive, usuarias de sustancias psicoactivas; tercera, gama completa de servicios que permitan a las personas vivir de manera independiente y en concordancia con la comunidad; cuarta, un enfoque de recuperación de la salud mental; quinta, participación de este grupo de personas en los procesos de toma de decisiones de las leyes, reformas y demás procesos que les competen (WHO, 2021b).

De acuerdo con la WHO (2021b) existe un aumento progresivo en todo el mundo de políticas en salud mental independientes, siendo un ejemplo notorio la región del Sudeste Asiático, pues el 100% de los países que se autoevaluaron confirmaron tener una política o plan de salud mental. Por otro lado, en un porcentaje muy cercano, del 91%, se encuentran América y Europa, y es que, aunque en la segunda región más países cuentan con una política en salud mental, el porcentaje es proporcional a la cantidad de países que las integran respectivamente, equiparando el esfuerzo y avance. Este mismo rubro medido por grupo de ingresos demuestra que los países que tienen ingresos bajos – medios revisan en menor medida sus políticas en salud mental en contraste con los de ingresos altos.

Con respecto a estas directrices de autoevaluación, en los últimos años la mayoría de los Estados Partes consideró que al menos sus políticas promueven un criterio necesario. Las de mayor evolución son la primera y la segunda siendo esta última la que creció de manera exponencial con respecto al 2017. En cambio, aquellas que decrecieron fueron la cuarta y la quinta. Un elemento rescatable es

que son los países de ingresos bajos los que en mayor medida incumplen con todas las directrices (WHO, 2021b).

En cuanto al cumplimiento completo de las cinco directrices, sólo el 51% de los Estados Miembros de la OMS los alcanzaron, distribuidos en varias regiones del mundo; algunas excepciones importantes a este logro son África y el Pacífico Occidental, quienes se caracterizaron por ser las únicas que registraron un decremento en sus países y políticas alineadas con los estándares internacionales en materia de derechos humanos. En el caso de África, del 80% de sus países que se apegaban a esta protección en el 2017, en 2020 disminuyó al 68%. En el Pacífico Occidental, del 77% en 2017 pasó a un 67% en 2020. Un caso particular es la región europea, pues a pesar de que del 2017 al 2020 tuvo un crecimiento, este no se igualó a los números obtenidos en el 2014, por lo que su comportamiento se ha registrado como una combinación de decremento y crecimiento sin una evolución progresiva. Finalmente, con base en los datos recapitulados, la WHO (2021b) considera que las políticas y planes de salud mental que tienen mayor posibilidad de cumplir con los instrumentos de derechos humanos son aquellas que se implementan en países de ingresos medios altos.

Por otro lado, las legislaciones en materia de salud mental deben de caracterizarse por establecer los principios, valores y objetivos que sustentan las políticas públicas en materia de salud mental, deben de promover los derechos y desarrollar mecanismos que supervisen la alineación a los instrumentos internacionales e incluso regionales de derechos humanos. A su vez, el que la legislación cumpla las obligaciones de estos últimos instrumentos limita las violaciones a los derechos humanos, así como las prácticas y tratamientos inhumanos y coercitivos (WHO, 2021b).

Para evaluar su cumplimiento, los países deben de completar una lista de verificación constituida por cinco ítems. Primero, transición a servicios de salud mental basados en la comunidad; segundo, promoción de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y con discapacidad

psicosocial, intelectual y neurodiversa para que puedan ejercer su capacidad jurídica; tercero, promoción de prácticas distintas a la coercitiva; cuarta, provisión de procedimientos que permitan a las personas proteger sus derechos al tiempo que presentan apelaciones y quejas ante un organismo legal e independiente por asuntos actos de violencia y discriminación; quinto, permitir y fomentar las inspecciones periódicas por parte de un organismo independiente para evaluar las condiciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental. En cambio, para analizar el estado de implementación de la ley de salud mental debe existir una autoridad u organismo dedicado e independiente, que efectúe inspecciones periódicas de los servicios de salud mental y que responda a las quejas e informe sus hallazgos (WHO, 2021b).

De la totalidad de los países que participaron en el Atlas, más del 70% y que pertenecen a las regiones del Pacífico Occidental, el Mediterráneo Oriental y Europa reportaron centros de salud mental autónomos aunados a una ley de salud mental independiente, por el contrario, sólo lo hicieron el 49% de los Estados de la región africana, cuya cifra cayó desde el 2014. La región europea es la única que no presentó ningún cambio, pues desde el 2014 el 70% de sus países cuentan con legislación en salud mental independiente. A pesar de que estas son un objetivo deseable, la OMS reconoce la importancia de integrar las leyes de salud mental a las leyes generales de salud, siendo incluso posible el incorporar los problemas de salud mental en otras legislaciones, ya sea que se relacionen con los códigos civiles, las capacidades, la justicia penal u otras (WHO, 2021b).

En lo que respecta a su actualización, ya sea que se trate de una ley independiente o integrada, fueron pocos los Estados Miembros de la OMS que la realizaron desde el 2017; los casos que resultaron notables son la Región del Sudeste Asiático que presentó el porcentaje más alto, el 63% de sus países que participaron en el Atlas declararon una actualización de su ley, seguido por la Región Europea con un porcentaje del 48%. El caso contrario es la Región de América, sólo el 19% de sus países realizó actualizaciones (WHO, 2021b).

La mayoría de los países que colaboraron con el Atlas consideran que sus leyes fomentan al menos uno de los cinco ítems antes mencionados. El que mayormente destaca es el tercero, dado que el 89% de los países afirman lo implementan; el ítem con menor porcentaje es el quinto con sólo 79% de los países. Un aspecto interesante y rescatable, que puede ser fruto de una posible autoevaluación más estricta es que los ítems, del uno al cuatro, disminuyeron su porcentaje de implementación desde el año 2017, en cambio el quinto, que en 2020 obtuvo el porcentaje más bajo, logró una evolución positiva (WHO, 2021b).

Los países con los niveles socioeconómicos medio-alto y alto declararon haber cumplido con la totalidad de los ítems al momento de evaluar sus leyes en materia de salud mental; por otro lado, si bien no alcanzaron un cumplimiento completo de los ítems, el 100% de los países con ingresos bajos afirmaron haber logrado que su legislación promoviera los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y neurodivergentes, entre ellos el ejercer su capacidad jurídica con el fin de evitar prácticas coercitivas (WHO, 2021b).

Si bien las leyes son un preámbulo de suma importancia, es la disponibilidad de los recursos financieros, la equidad en su distribución y su uso correcto en materia de salud mental quienes permiten la materialización de todos estos ideales y principios; dentro de la distribución de los recursos debe de considerarse el desarrollo, mantenimiento y promoción de los servicios de salud mental, las actividades en atención primaria, secundaria y social y el aspecto administrativo y operativo de todos estos servicios. En el Atlas no existe una estimación exacta de los gastos que conllevan dichas actividades, dado que el financiamiento puede provenir de una amplia variedad de destinos, ya sea que se hable de agencias gubernamentales, no gubernamentales, proveedores de servicios, personas usuarias de dichos servicios, familiares de estas, entre otros (WHO, 2021b).

Los datos que se exponen en el Atlas presentan ciertas limitaciones, pues sólo 67 Estados Partes de la OMS buscaron informar sus gastos públicos en salud

mental, lo que dificultó el obtener una media mundial. Con dichos datos, la WHO (2021b) señaló a Europa y al Sudeste Asiático como regiones sobresalientes en cuanto al gasto público medio en salud mental per cápita, determinado en dólares. La primera de manera positiva gracias a que aumentó su gasto de manera considerable, de 21.70 dólares en 2017 ascendió a 46.49 en 2020. La segunda de manera negativa al presentar el gasto público más bajo al destinar sólo 0.10 dólares per cápita, cantidad estática desde el 2017. Además, los países de ingresos bajos destinaron el 1.05% del gasto nacional a la salud mental, cantidad mucho menor comparada al 3.80% de los países de ingresos socioeconómicos altos.

Además, los países que tienen un INB¹⁶ alto tienen la posibilidad de realizar gastos mayores a la salud mental, lo que podría traducirse en mejores servicios que promuevan y protejan los derechos de las personas, por el contrario, cuando el gasto en la salud mental es una proporción pequeña del gasto total en salud, la asociación puede volverse débil. Se puede ser un país con ingresos altos y designar una cantidad de presupuesto muy pequeña a la salud física y por ende a la salud mental a pesar de que su INB posibilite una transferencia mayor o, por el contrario, tener ingresos bajos y aun así asignar una proporción considerable del gasto total en salud y a la salud mental, aunque esto no necesariamente se traduzca en una cantidad cuantiosa en términos de dólares absolutos (WHO, 2021b).

De todos los Estados Miembros de la OMS, sólo el 51% declaró realizar gastos en los hospitales psiquiátricos dando como resultado un gasto medio mundial de 2.77 dólares per cápita, lo que se traduce en 66% del gasto total del gobierno en salud mental. En lo que respecta al 100% del gasto público total en salud mental en países de ingresos bajos y medios, poco más del 70% fue destinado a los hospitales psiquiátricos, por el contrario, en los países de altos ingresos, dichas instituciones recibieron únicamente el 35%. Aunque el porcentaje

¹⁶ Ingreso Nacional Bruto

de uno es apenas la mitad del otro, en ambos casos se evidencia el papel fundamental que siguen manteniendo los hospitales psiquiátricos, concentrando la atención hospitalaria y muchos de los servicios de salud mental, esto a pesar de las constantes críticas que reciben por parte de la OMS gracias a las conocidas violencias y violaciones a los derechos humanos que ocurren dentro (WHO, 2021b).

Este lugar prioritario podría deberse a su importancia durante sus inicios y al hecho de que otras áreas de la salud mental continúan bajo las sombras con presupuestos bastante escasos, por ejemplo, el 80% de los países señalaron que menos del 20% del gasto público total en salud mental estaba destinado al complejo de la atención primaria y a la prevención y promoción de los programas de salud mental; y el 67% de los países notificaron que menos del 20% fue designado los servicios comunitarios de salud mental. Dicha distribución del presupuesto se liga directamente con la cobertura de los servicios de salud mental y el suministro de medicamentos. Las regiones de la OMS con mejores resultados fueron Europa y el Sudeste Asiático, pues la totalidad de sus países que colaboraron en el Atlas declararon que sus habitantes se encuentran totalmente asegurados, por lo que no pagan nada por recibir atención en los servicios de salud mental. En cuanto al pago de medicamentos, el 98% de los países que participaron de la región europea aseguraron cubrir todos los gastos para evitar que las personas paguen por sus tratamientos (WHO, 2021b).

De acuerdo con la WHO (2021b) el 100% de los países que participaron en el Atlas y que tienen ingresos socioeconómicos altos son quienes aseguraron los servicios de salud mental sin ningún costo y los que mayormente buscaron brindar los medicamentos para evitar que las personas paguen por ellos, lo que podría significar una igualdad en el acceso a los servicios de salud mental y medicamentos en toda la población. Por el contrario, muy pocos países de ingresos bajos que participaron en el Atlas aseguraron brindar servicios gratuitos de salud mental, aunque el pago de los medicamentos en su mayoría o totalidad corrió por parte de las personas usuarias, lo que podría traducirse en mayores

dificultades para dar continuidad a la atención requerida. Estos son ejemplos que logran evidenciar la enorme brecha que existe entre los países de ingresos bajos y altos al momento de brindar atención a la salud mental, lo que de una u otra manera termina influyendo en la salud mental global.

Los datos antes mencionados corresponden a generalidades estadísticas observadas en todo el mundo, y si bien permiten generar un criterio sobre el tratamiento de la salud mental regional debe de quedar claro que no lo son todo, pues hay situaciones que rompen con estas generalidades, ya sea el caso de las subregiones, por llamarlas de alguna manera y los contextos particulares de cada país. Hay dos casos muy interesantes, el de la subregión de América Latina¹⁷ conformada por una fracción de países que pertenecen a toda la región de América y el de Europa¹⁸. El primero porque históricamente sus países han

¹⁷ Una comisión de la OMS en 2005 definió las inequidades en el campo de la salud como disparidades que son injustas pero evitables y que afectan esencialmente a poblaciones que han sido vulneradas por las estructuras sociales e instituciones políticas, económicas y legales. Se identificó que esta desigualdad social puede ser producto de ventajas o desventajas derivadas de la condición socioeconómica, género, etnia, orientación sexual e incluso religión. En los países de América Latina la distribución de las discapacidades intelectuales, psicosociales y neurodiversas se debe ya sea al aspecto sociocultural que genera estrés en la persona, especialmente en casos de migración, o como consecuencia de la exclusión económica y de los procesos productivos modernos, colocando a las personas en situaciones de pobreza. En los países con ingresos bajos es posible observar un alza en las neurodivergencias, yendo desde esquizofrenia, depresión, discapacidad psicosocial, distrés y abuso de sustancias psicoactivas (Ortiz Hernández, López Moreno y Borges, 2007).

De acuerdo con la CEPAL, en 2005, los principales problemas para poder prestar un servicio completo de atención sanitaria correspondieron a la pobreza, el desempleo, las malas condiciones ambientales y de saneamiento básico, la precariedad institucional de la salud pública y la falta de eficiencia en los sistemas de salud. Dichas precariedades han provocado que existan distintas barreras para que las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y neurodiversa vivan una vida digna y autónoma, sin discriminación y en condiciones de igualdad (Aranda, Arriagada, Miranda, 2005; Morales, 2020).

De acuerdo con Morales (2020), el abstencionismo en la participación en la toma de decisiones, conducta frecuente en los países de América Latina, ha limitado los avances en las distintas reformas destinadas a la salud mental. Un contrapeso importante son los movimientos liderados por activistas para impulsar el reconocimiento de todas las identidades que conforman el campo de la diversidad psicosocial y las neurodivergencias. Algunos son los movimientos de las Madres de plaza de Mayo, la Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental con una perspectiva antimanicomial, la Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial y Movimientos Sociales en Santiago de Chile; esta última es pionera en la defensa de las personas que han sido estigmatizadas de acuerdo con sus discapacidades en toda América Latina.

¹⁸ La Mental Health Europe (MHE) se encarga de agrupar Organizaciones No Gubernamentales y asociaciones de salud mental de todo Europa. Analiza el alcance del desarrollo en políticas de

padecido una fuerte polarización económica que ha influido en la desigualdad social en torno a la salud general y mental y por ende en la expresión de ciertas enfermedades, el consumo de sustancias psicoactivas y a la forma en la que se viven las discapacidades psicosociales, intelectuales y neurodivergentes. El segundo por contar con países que han buscado crear políticas en torno a la salud mental del más alto nivel, pues con base en sus contextos han logrado cosas novedosas con un enfoque de derechos humanos bastante claro y predominante.

A continuación, se presentan algunos casos específicos con la intención de observar la forma en la que el contexto, los ingresos socioeconómicos y la cantidad de tratados internacionales en materia de derechos humanos firmados pueden jugar un papel fundamental en la atención a la salud mental; se rescatan los últimos dado que su ratificación conlleva el contraer determinados compromisos y obligaciones por parte del Estado hacia con las personas y sus derechos. Cabe mencionar que la información corresponde a una autoevaluación por parte de cada país.

salud mental a través de siete puntos clave: la salud mental en todas las políticas, reformas relacionadas con la salud mental, inclusión y políticas sociales, salud digital, coordinación de la atención médica, planes y estrategias nacionales de salud y estrategias de salud mental. Los datos aquí presentados datan de 2017 y 2019 (Infocop, 2020).

Los mejores cinco países que han implementado políticas en torno a la salud mental son Austria a través del Instituto Nacional de Salud Pública que coordina apoyo psicológico a grupos históricamente discriminados como personas refugiadas, niñas y adolescencias. Bélgica ha desarrollado veinte redes operativas para prevenir y promocionar la salud mental, brindar atención ambulatoria y centrada en la recuperación e inclusión social. Bulgaria cuenta con una Ley para Personas con Discapacidad, la cual busca promover, proteger y garantizar el disfrute igualitario de los derechos y libertades de las personas con discapacidad; incluye una regulación en la rehabilitación e integración social y profesional de las personas con discapacidad. Dinamarca implementó una estrategia de salud digital 2018 – 2020, que buscó la participación y cooperación de todas las partes involucradas en el sistema de salud a través de tecnologías digitales en salud mental con el objetivo de dar servicio a las personas en sus hogares, la cual se adapta a las necesidades individuales para promover intervenciones no farmacológicas. En Finlandia, el ministro de Salud y Asuntos Sociales lanzó la Estrategia Nacional de Salud Mental 2020 – 2030 para mejorar los servicios en salud mental (Infocop, 2020).

Otros países de Europa han incursionado en la inclusión de la salud mental en todas sus políticas por medio de distintos medios, como es la salud mental digital y la coordinación con la asistencia sanitaria; por ejemplo, Noruega cuentan con un Consejo especializado en la atención a la salud mental (Infocop, 2020).

PAÍSES DE INGRESOS ALTOS

Francia	Antigua y Barbuda
<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece a la región de Europa • Ha firmado 17 tratados internacionales en materia de derechos humanos • Tiene una población total de 65 129 731 personas • Hace un gasto total en salud mental por persona de 359.5 euros • Desde 2018 tiene un plan independiente de salud mental, el cual se encuentra en total consonancia con los estándares internacionales de derechos humanos (cinco puntos de autoevaluación) • No tiene una ley independiente de salud mental • Un organismo independiente realiza inspecciones periódicas y responde a quejas de violaciones a derechos humanos • El gasto total del gobierno en salud mental corresponde al 14.5% del gasto total en salud • Del gasto total en salud mental, el 41.9% corresponde a los hospitales psiquiátricos • Las personas no pagan nada por los servicios de salud mental y por sus medicamentos • Tiene al menos dos programas para promover la salud mental (WHO, 2022f). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece a la región de América • Ha firmado nueve tratados internacionales en materia de derechos humanos • Tiene una población total de 97 115 personas • Hace un gasto total en salud mental por persona de 80.3 dólares del Caribe Oriental • Desde 2013 tiene un plan independiente de salud mental, aunque no reportó su nivel de consonancia con los estándares internacionales de derechos humanos • Desde 1957 tiene una ley independiente de salud mental, la cual no reportó su nivel de consonancia con los estándares internacionales de derechos humanos • No cuenta con un organismo independiente que dé seguimiento a las violaciones de derechos humanos • El gasto total del gobierno en salud mental corresponde al 7% del gasto total en salud • Del gasto total en salud mental, el 100% corresponde a los hospitales psiquiátricos • Las personas no pagan nada por los servicios de salud mental y por sus medicamentos • No reportaron la existencia de programas que promuevan la salud mental (WHO, 2022b).

PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS – ALTOS

Ecuador	Botswana
<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece a la región de América • Ha firmado 18 tratados internacionales en materia de derechos humanos • Tiene una población total de 17 373 657 personas • Hace un gasto total en salud mental por persona de 0.1 dólar • Desde 2014 tiene un plan independiente de salud mental, el cual se encuentra en total consonancia con los estándares internacionales de derechos humanos (cinco puntos de autoevaluación) • No tiene una ley independiente de salud mental • Existe un organismo especializado, pero no funciona bien • El gasto total del gobierno en salud mental corresponde al 1.2% del gasto total en salud • Del gasto total en salud mental, el 10% corresponde a los hospitales psiquiátricos • Las personas no pagan nada por los servicios de salud mental y por sus medicamentos • No tienen ningún programa que promueva la salud mental (WHO, 2022e). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece a la región de África • Ha firmado nueve tratados internacionales en materia de derechos humanos • Tiene una población total de 2 303 703 personas • Hace un gasto total en salud mental por persona de 1 138.6 pulas • Desde 2003 tiene un plan independiente de salud mental, el cual se encuentra en total consonancia con los estándares internacionales de derechos humanos (cinco puntos de autoevaluación) • Desde 1971 tiene una ley independiente de salud mental, la cual se encuentra en total consonancia con los estándares internacionales de derechos humanos • Un organismo independiente realiza inspecciones periódicas y responde a quejas de violaciones a derechos humanos • No se reportó el gasto total del gobierno en salud mental • Del gasto total en salud mental, el 100% corresponde a los hospitales psiquiátricos • Las personas no pagan nada por los servicios de salud mental y por sus medicamentos • No tienen ningún programa que promueva la salud mental (WHO, 2022c).

PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS – BAJOS

Mongolia	Bután
<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece a la región del Pacífico Occidental • Ha firmado 17 tratados internacionales en materia de derechos humanos • Tiene una población total de 3 225 166 personas • Hace un gasto total en salud mental por persona de 3 828.3 tugrik mongol • Desde 2013 tiene un plan independiente de salud mental, el cual se encuentra medianamente en consonancia con los estándares internacionales de derechos humanos (tres puntos de autoevaluación) • Desde 2013 tiene una ley independiente de salud mental, la cual se encuentra totalmente en consonancia con los estándares internacionales de derechos humanos (cinco puntos de autoevaluación) • Un organismo independiente realiza inspecciones periódicas y responde a quejas de violaciones a derechos humanos • No se reportó el gasto total del gobierno en salud mental • Del gasto total en salud mental, el 100% corresponde a los hospitales psiquiátricos • Las personas no pagan nada por los servicios de salud mental y por sus medicamentos • Tiene al menos dos programas para promover la salud mental (WHO, 2022g). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece a la región de Asia • Ha firmado cuatro tratados internacionales en materia de derechos humanos • Tiene una población total de 763 094 personas • Hace un gasto total en salud mental por persona de 6.9 rupias indias • Desde 2015 tiene un plan independiente de salud mental, el cual se encuentra medianamente en consonancia con los estándares internacionales de derechos humanos (tres puntos de autoevaluación) • No existe una ley independiente de salud mental • No cuenta con un organismo independiente que dé seguimiento a las violaciones de derechos humanos • El gasto total del gobierno en salud mental corresponde al 0.2% del gasto total en salud • No se reportó el gasto total en hospitales psiquiátricos • Las personas no pagan nada por los servicios de salud mental y por sus medicamentos • Tiene al menos dos programas para promover la salud mental (WHO, 2022d).

PAÍSES DE INGRESOS BAJOS

Níger	Somalia
<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece a la región de África • Ha firmado 16 tratados internacionales en materia de derechos humanos • Tiene una población total de 23 310 719 personas • No reportó su gasto total en salud mental por persona • Desde 2017 tiene un plan independiente de salud mental, el cual se encuentra altamente en consonancia con los estándares internacionales de derechos humanos (cuatro puntos de autoevaluación) • No existe una ley independiente de salud mental • No cuenta con un organismo independiente que dé seguimiento a las violaciones de derechos humanos • No se reportó el gasto total del gobierno en salud mental • No se reportó el gasto total en hospitales psiquiátricos • Las personas pagan la mayor parte o en su totalidad los servicios de salud mental y sus medicamentos • No tienen ningún programa que promueva la salud mental (WHO, 2022h). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece a la región de África • Ha firmado siete tratados internacionales en materia de derechos humanos • Tiene una población total de 15 442 906 personas • No reportó su gasto total en salud mental por persona • No existe un plan independiente de salud mental • No existe una ley independiente de salud mental • No cuenta con un organismo independiente que dé seguimiento a las violaciones de derechos humanos • El gasto total del gobierno en salud mental corresponde al 0.0% del gasto total en salud • No se reportó el gasto total en hospitales psiquiátricos • Las personas pagan la mayor parte o en su totalidad los servicios de salud mental y sus medicamentos • No tienen ningún programa que promueva la salud mental (WHO, 2022i).

Pese a que son pocos ejemplos es posible visualizar en primera instancia la manera en la que su particularidad los segrega de las generalidades presentadas en el Atlas, pues es en estas observaciones individuales en donde toma protagonismo el contexto y la población de cada país, tanto en número como en diversidad. En segunda instancia, que los países pueden mantener bastantes

similitudes, pero también diferencias, fruto de la desigualdad en la distribución de recursos y en la cantidad de los tratados internacionales ratificados. Y es que bien lo señala la OMS, el acceso a los servicios de salud mental dependen en gran parte de la distribución de los recursos, tanto económicos como materiales y humanos.

Así mismo es observable la tendencia de los países con ingresos altos y medios – bajos con más tratados firmados a alinear ya sea su plan, ley o ambas a los estándares internacionales de derechos humanos, lo cual se enlaza, en la mayoría de los casos, con un buen funcionamiento de su organismo autónomo encargado de atender las quejas por violaciones a derechos humanos. Además, suelen tener al menos dos programas que promueven la salud mental y todos brindan servicios y medicamentos totalmente gratuitos.

La excepción de lo anterior es Níger, país de ingresos bajos, pues a pesar de que ha firmado 16 tratados, únicamente alineó moderadamente su plan de salud mental a los estándares internacionales de derechos humanos, dado que no cuenta ni con una ley independiente o un organismo autónomo; además, su nivel de ingresos podría explicar el por qué no se designa un porcentaje fijo del gasto del gobierno a la salud mental, no existen programas que promuevan la salud mental y, por ende, que las personas tengan que pagar por los servicios de salud mental y sus medicamentos.

CAPÍTULO 3. LA SALUD MENTAL EN EL ESTADO MEXICANO

En el capítulo anterior se trabajó con la salud mental global fruto de los esfuerzos de los distintos Estados Partes de la OMS, así como con el régimen jurídico internacional en materia de derechos humanos, constituido por los tratados internacionales y algunos instrumentos no vinculantes.

En el presente capítulo se continuará trabajando con la salud mental como un derecho humano, pero ahora desde la visión nacional mexicana; el objetivo es conocer distintos ángulos del tema, siendo el primero de ellos el régimen jurídico en materia de derechos humanos y en salud mental con el que cuenta el territorio; para esto, se abordan los tratados que México ha ratificado así como las leyes nacionales, de manera específica la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y la Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Esta última como ejemplo de una ley local en materia de salud mental; cabe señalar que se eligió dicha ley dado que es la que corresponde al territorio en el que descansan los tres Poderes de la Unión.

De las leyes se identifica si su contenido se encuentra estructurado bajo el enfoque de derechos humanos, lo que conlleva una total concordancia con los estándares internacionales en la misma materia. Así mismo, se analiza el enfoque de salud mental tanto en la Ley General de Salud como en la Ley local del Distrito Federal, ahora Ciudad de México.

El siguiente ángulo con el que se trabaja es la salud mental nacional para lo que se exploran las autoevaluaciones que hizo México para el Atlas de Salud Mental 2020, resultados que son fruto tanto de la aplicación efectiva de las políticas públicas, como en el caso contrario, de una mala implementación que trae consigo el reforzamiento de los distintos prejuicios, estigmas y estereotipos sociales negativos que resultan ser a su vez la base de las violencias y discriminación que experimentan día con día las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y neurodiversa. La intención de esto es indagar si existe una vinculación o no entre el nivel socioeconómico del país y la ratificación de los tratados internacionales con la atención, protección y garantía de los derechos humanos, en especial el de la salud mental.

CÓMO COMIENZA LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

La salud mental siempre ha estado presente en la cosmogonía de México; desde la antigüedad y hasta los tiempos actuales se ha buscado explicar y atender el surgimiento de las emociones y hasta los comportamientos asociados al consumo de sustancias. Algunas pruebas de ello son la aparición de los primeros hospitales con tintes mentales que tuvieron lugar durante la época colonial y que lograron perdurar hasta tiempos relativamente recientes y si no exactamente igual, sí en tanto su visión, misión y esencia; por mencionar algunos están el de San Hipólito, El Divino Salvador para mujeres dementes, el de la Santísima Trinidad y la fundación de la congregación de Nuestra Señora de los Dolores y socorro de mujeres dementes (CESOP, Cámara de Diputados, 2018).

Conforme el paso del tiempo, se perfiló un diseño institucional que viró ante la creación de una política pública de salud mental. Es así como tiene lugar en 1910, en medio de un contexto de cambio y tensión, aun en el porfiriato y con aras de una revolución, la fundación del Manicomio General de La Castañeda, el cual fue traído de París ante las intenciones del entonces presidente, Porfirio Díaz, de europeizar y modernizar la capital (Becerra Partida, 2014; CESOP, Cámara de Diputados, 2018).

Tras finalizar la revolución mexicana, los regímenes posrevolucionarios implementaron el programa ingeniería social, en el cual intervinieron la eugenesia y la higiene mental con el objeto de alcanzar una homogeneización racial y de regeneración física y moral de la población. Para los años 20 surge otra propuesta de integración nacional fruto de nuevas corrientes del pensamiento como el indigenismo, el pensamiento vasconceliano y las teorías médico – higiénicas (Urías Horcasitas, 2004).

Aunado a las nuevas corrientes, en 1920 surge una cátedra de clínica psiquiátrica en la Escuela de Medicina de la Universidad a cargo del doctor Agustín Torres. En esta se argumentaba que las llamadas enfermedades mentales son producto de diversas variables que se interrelacionan, específicamente la

herencia, los factores biológicos, fisiológicos, sociales, intelectuales y morales, además de causas mecánicas y físicas. Conforme la década avanzó, dichos estudios se enriquecieron gracias a las influencias extranjeras que marcaron el trabajo de la psiquiatría mexicana, propiciando el surgimiento del personal médico interesado en los desórdenes mentales basados en la neurología (Urías Horcasitas, 2004).

Encima, el papel de la higiene fue determinante, comenzó a vérselo, además de un instrumento para mejorar la salud física, como un medio para prevenir los llamados trastornos mentales a través del mejoramiento de las condiciones sanitarias. Aunado a esto, tuvieron lugar múltiples transformaciones institucionales avaladas por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 con las que se buscó garantizar el derecho a la salud física y mental de las personas, algunos ejemplos fueron la conversión del Consejo Superior de Salubridad en un organismo autónomo para prevenir los problemas de salud pública llegando incluso a implementar una dictadura sanitaria, concepto incluido en el artículo 73 de la misma Constitución. Además, se instituyó el Departamento de Salubridad con jurisdicción nacional y se promulgó el Reglamento de Higiene del Trabajo. Con el paso del tiempo se fueron instaurando otras instituciones y legislaciones orientadas a la higiene física y mental (Urías Horcasitas, 2004).

Para la década de 1930 vieron la luz dos instituciones que trajeron consigo la publicación de revistas especializadas que acercaron a la sociedad mexicana al conocimiento de los primeros pininos en salud mental. La primera fue la Sociedad de Estudios de Criminología, Psicopatología e Higiene Mental y la segunda la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, quien editó la revista Archivos de Neurología y Psiquiatría de México (Urías Horcasitas, 2004).

Los años que vinieron se caracterizaron por un proceso de modernización con rasgos de derechos humanos y protección a la persona. Se cerró La Castañeda al mismo tiempo en que se fundaron algunas instituciones que, gracias

a su alto nivel de especialización tuvieron gran auge. Entre los que destacan está el Hospital Psiquiátrico Infantil y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, antecedente del ahora llamado Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (CESOP, Cámara de Diputados, 2018).

No fue sino hasta 1984 que se promulgó la Ley General de Salud con incidencia a nivel nacional, marcando así el inicio del ejercicio desde un enfoque antidiscriminatorio del derecho a la salud física y mental; dicho fundamento legal resultó revolucionario gracias a que logró reglamentar el derecho a la protección de la salud mental de manera específica, fuera de las generalizaciones contenidas hasta el momento en la Constitución Política del país. Se esperaba que esta pudiera tener una observancia general, de orden público, interés social y que fuera aplicable a todas las instituciones, independientemente del tipo público y privado, que realizaran actividades de coordinación y administración de servicios de salud mental (Becerra Partida, 2014).

El paso del tiempo le dio a México la oportunidad de crear políticas y leyes nacionales y estatales bajo el enfoque de los instrumentos de derechos humanos que, aunque existen, no han logrado generar los resultados esperados. La realidad puede verse como la contrariedad en la implementación de dichos documentos, dado que hay una continuidad de violaciones a los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, por lo que a continuación se explorará esta dualidad de la realidad, la salud mental desde un enfoque jurídico hasta la salud mental social y estructural.

RÉGIMEN JURÍDICO EN SALUD MENTAL

TRATADOS INTERNACIONALES

Se recuperan nuevamente los tratados internacionales que ha firmado y ratificado México dado que, en conjunto con las leyes nacionales y locales constituyen el vahaje teórico del enfoque jurídico, es decir, dichos documentos permiten

visualizar el debería ser del ejercicio de los derechos humanos. Y es que, no siempre es igual el enfoque jurídico que dictamina las obligaciones del Estado hacia con las personas que la realidad que experimentan en su día a día; es precisamente esto lo que permite generar las interrogantes, si México constitucionalizó los derechos humanos y ha ratificado tratados y cuenta con distintas leyes, ¿por qué se siguen violentando los derechos humanos de los grupos históricamente discriminados? Y, ¿qué tan grande es la brecha entre lo que debería de ser y lo que en realidad es?

Desde que México es parte de la ONU, en 1945, ha ratificado distintos tratados internaciones en materia de derechos humanos, lo que a su vez le ha conducido a adquirir determinadas obligaciones, las cuales ha buscado cumplir a través de diversas acciones. Una de ellas y la más representativa es la reforma constitucional de derechos humanos del 2011 que trajo consigo la constitucionalización de los derechos humanos y la reforma al artículo primero constitucional.

En términos generales, esta reforma es una declaración del goce universal de los derechos humanos reconocidos tanto en la carta magna de México como en los tratados internacionales que el mismo país ha ratificado; la reforma trajo consigo la obligación de las autoridades públicas de proteger, respetar, promover y garantizar estos derechos sin ningún tipo de distinción a todas las personas, tomando como sustento la interpretación normativa de los mismos en la CPEUM y los tratados internacionales. Esta relación del derecho internacional e interno se puede explicar a través del monismo jurídico, el cual supone que estos dos derechos conforman un solo sistema jurídico, esto a pesar de que México otorgue una mayor relevancia al derecho nacional; en sí mismo, el derecho internacional no se incorpora como derecho interno meramente, sino que el Estado mexicano expresa su consentimiento para obligarse en conformidad con sus artículos constitucionales 1° y 133 (Nava Cortez, 2012; Salazar Ugarte, 2014).

El artículo constitucional 133 aborda la celebración de los tratados internacionales y la jerarquía de su contenido con respecto a la ley suprema mexicana y otras leyes. Por otro lado, el 1º, además de rescatar el goce universal de los derechos humanos, señala que sus normativas deben de favorecer siempre a las personas en tanto su protección más ampliada, por lo que, si llega a existir una discordancia entre la carta magna y los tratados de acuerdo con el principio de interpretación conforme, siempre deberá de elegirse la que otorgue una mayor amplitud en el goce del derecho, a esto es lo que se conoce como principio pro persona (Nava Cortez, 2012).

Esta reforma del 2011 fue el ápice de un conjunto de reformas constitucionales relacionadas con los derechos humanos a lo largo del periodo que abarcó los años de 2008 a 2011. Fue la reforma del artículo 1º constitucional la que articuló la implementación de todas las reformas al incorporar el bloque de constitucionalidad o bloque de derechos; a grandes rasgos, el término se refiere a la existencia de normas constitucionales que no existen directamente en el texto constitucional, pero que la complementan y expanden en beneficio de las personas, estas pueden provenir tanto de los tratados internacionales como de los documentos históricos que se avocan a los derechos humanos. Una ventaja es que, a pesar de la ampliación constitucional, sigue existiendo una coherencia normativa (Salazar Ugarte, 2014).

En beneficio de los cambios que derivaron de la reforma, en 2013 la SCJN determinó que la jurisprudencia de la CIDH resultaba vinculatoria para los jueces nacionales, incluso en los casos en los que el Estado mexicano no formara parte, afianzando así el control de convencionalidad, el cual es una herramienta para identificar la manera en la que se relacionan los ordenamientos nacionales y el derecho internacional de derechos humanos (Salazar Ugarte, 2014).

El órgano jurisdiccional interamericano obliga a los poderes judiciales en sus distintas sentencias a ejercer el control de convencionalidad, esto a través de garantizar la compatibilidad de las normas nacionales y el actuar de las

autoridades estatales con el marco internacional, vinculando así las interpretaciones de los jueces interamericanos de la CADH con los jueces y autoridades estatales (Nava Cortez, 2012; Salazar Ugarte, 2014).

En México, fue la sentencia del caso Radilla Pacheco por la que la SCJN aseveró el ejercicio del control de convencionalidad entre la CADH y las normas internas por parte del Poder Judicial de la Federación; aunado a esto, se adoptó el control de constitucionalidad, con el cual las personas juezas mexicanas deberán determinar la inaplicabilidad de una norma que resulte contraria a la CPEUM o a los derechos humanos y, encima determinar la inconstitucionalidad de alguna norma. Esto significa que para la SCJN el control de convencionalidad se sujeta a la posibilidad de inaplicar una norma para aplicar otra (Nava Cortez, 2012).

Aunque la SCJN es la última instancia jurisdiccional del país, los órganos jurisdiccionales y cuasi jurisdiccionales internacionales, en especial la CIDH, mantienen una complementariedad con el derecho interno, pero sin que esta juegue el papel de tribunal de apelación de la primera, pues cada una es un régimen autónomo que se rige por sus propias normas. Estos principios coadyuvaron en el establecimiento de nuevas obligaciones estatales en materia de derechos humanos, las cuales se dividen en genéricas y específicas. Las obligaciones genéricas están orientadas a la promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos, yendo desde la adopción de medidas pertinentes que logren construir una cultura de derechos humanos a través de la conciencia pública, hasta evitar acciones que vulneren algún derecho humano de cualquier persona (Salazar Ugarte, 2014).

Las obligaciones específicas, por otro lado, se orientan a la prevención, investigación, sanción y reparo por violaciones de derechos humanos, siendo la primera de ellas la única que incide a lo largo de tres niveles, la general, dentro de un contexto de discriminación o de riesgo estructural dirigido a uno o varios grupos históricamente discriminados y en lo particular o individual (Salazar Ugarte, 2014).

Estas obligaciones constitucionales en materia de derechos humanos se vuelven más vinculantes gracias a que traspasan al nivel de las políticas públicas. A partir de la reforma constitucional del 2011, la racionalidad de las políticas públicas, además de apearse a los principios de eficiencia, eficacia, economía, productividad y oportunidad, tuvo que procurar el cumplimiento de las obligaciones de respetar, proteger, promover y garantizar los derechos humanos y sus principios constitucionales. Esta racionalidad ampliada exige que las personas que sean asistidas por las políticas públicas sean aquellas que demanden determinadas prestaciones y sean capaces de modificar la lógica de los procesos involucrados en la elaboración de las políticas públicas, siempre en beneficio de los principios de los derechos humanos (Salazar Ugarte, 2014).

Para que las políticas públicas se implementen en concordancia con sus nuevas obligaciones requieren de presupuestos que respeten y fomenten el principio de la progresividad y el máximo uso de recursos disponibles (Salazar Ugarte, 2014).

Con respecto a los tratados internacionales, el artículo constitucional 133 determina que tanto las leyes que emanen del Congreso de la Unión como los tratados celebrados por el presidente de la República y aprobados por el Senado serán considerados ley suprema de la nación. La normatividad que reglamenta la celebración de los tratados en México se conforma por la CPEUM y la Ley Sobre la Celebración de Tratados. La primera distribuye a lo largo de varios artículos obligaciones, facultades y otros elementos que hacen posible el ratificar un tratado. Por otro lado, la Ley Sobre la Celebración de Tratados contiene todos los elementos clave para la regulación de la celebración de estos y los acuerdos interinstitucionales en el ámbito internacional, igualmente, para evitar confusiones oferta distintas definiciones que resultan de suma utilidad (México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2021; Trejo García, 2005).

México ha ratificado 16 tratados en materia de derechos humanos, siendo nueve de ellos los tratados originales y el resto sus protocolos facultativos, sin

embargo, tres de ellos se mantienen sin acción, es decir, no han sido firmados o aceptados en la legislación mexicana.

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD) Firmada en 1966, pero ratificada hasta 1975

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)	No fue firmado, pero se adhirió a las leyes mexicanas en 1981
Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR-OP1)	No fue firmado, pero se adhirió a las leyes mexicanas en 2002
Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, destinado a la abolición de la pena de muerte (ICCPR-OP2)	No fue firmado, pero se ratificó en 2007
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	Se ratificó en 1981, aunque sin una firma previa
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)	Se firmó en 1980 y se adhirió a la legislación mexicana en 1981
Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (OP-CEDAW)	Se firmó en 1999 y se ratificó hasta 2002
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT)	Se firmó en 1985 y se adhirió a la legislación mexicana en 1986
Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OP-CAT)	Se firmó en 2003 y se aceptó como parte de la legislación mexicana en 2005
Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)	Se firmó en 1990 y fue ratificado en ese mismo año
Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los	Se firmó en el año 2000, pero se adhirió a la legislación mexicana hasta 2002

conflictos armados (OP-CRC-AC)	
Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (OP-CRC-SC)	Se firmó en el año 2000, pero se aceptó en las leyes mexicanas hasta 2002
Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (ICRMW)	Se firmó en 1991 y ratificó en 1999
Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (CPED)	Fue firmada en 2007 y aceptada en las leyes mexicanas 2008
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD)	Se firmó en 2007 y adhirió a la legislación mexicana el mismo año
Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (OP-CDPD)	Fue firmado en 2007 y ratificado en el mismo año

LEYES NACIONALES

El orden jurídico es un sistema de normas que se constituye en unidad; estas se caracterizan porque la creación de la de grado más bajo está determina por otra de un grado superior, la cual, de igual manera se establece por otra más alta y así sucesivamente hasta llegar a la norma de mayor rango que a su vez es la suprema razón de validez de la totalidad del ordenamiento jurídico, es decir, la Constitución. El que las normas jurídicas sean creadas conforme al contenido de otra, las dota de una validez en cadena que beneficia a todas, pues se constituyen vínculos de supra y subordinación; la norma que determina la creación de otra es superior, mientras que la nueva toma una posición de subordinación con respecto a esta (Ortiz Mayagoitia, 2003).

El caso mexicano, gracias a que se trata de un Estado con régimen normativo federal, las normas también se caracterizan porque en su mayoría

tienen distintos ámbitos espaciales de validez, es decir, únicamente son aplicables para ciertas partes del territorio nacional y por autoridades específicas, estas son las denominadas normas locales, mientras que aquellas que son válidas para todo el territorio nacional son las federales. Ante esta diversidad, es la Constitución Federal, también denominada orden constitucional, la norma superior que delimita los ámbitos de aplicación de dichas normas, así como la cohesión de todo el orden normativo. Esta Constitución mexicana es la norma de normas, pues es la que exclusivamente puede imponer deberes, crear limitaciones, conceder derechos y otorgar facultades en todo el territorio mexicano; encima, es la única que no se encuentra sometida a otro cuerpo normativo superior (Ortiz Mayagoitia, 2003).

Dentro de este ordenamiento jerárquico, el primer nivel les corresponde a las disposiciones jurídicas de carácter local que están directamente subordinadas a la Constitución Federal y determinadas por las Constituciones estatales en tanto sus respectivos ámbitos de validez. Dado el contenido de los artículos constitucionales nacionales 124 y 115 este ordenamiento adquiere dos cualidades únicas, pues mientras es el más amplio por conformarse por todo aquello que no le es conferido a la federación o a los municipios, también resulta en el más limitado gracias a que contiene un número importante de prohibiciones y obligaciones. Fuera de estas responsabilidades inherentes, cada Estado tiene la capacidad de escribir su propia Constitución estatal y reglamentar el nivel local, esto sin olvidar que el derecho local es la regla general, pero el federal la excepcional (Ortiz Mayagoitia, 2003).

Estas leyes locales cuentan con la libertad de crear a las autoridades que les resulten necesarias para el desarrollo de las actividades igualmente consideradas dentro de su texto, esto sin modificar los entes ya contemplados en la Constitución Federal, o su intervención en el campo federal y municipal. Serán los jueces federales quienes una vez analizadas podrán finiquitarlas. En conclusión, todo el ordenamiento estatal estará regido por las Constituciones estatales, las leyes locales, los reglamentos que expidan los Gobernadores del Estado, a veces necesarios para el correcto funcionamiento de algunas leyes y, en

casos excepcionales por reglas generales de carácter federal (Ortiz Mayagoitia, 2003).

El caso de la CDMX no es diferente, pues, aunque no es un Estado en sí mismo y es el territorio en el que descansan los tres Poderes de la Unión le son imputables todas las obligaciones establecidas en la Constitución Federal aparte de las contenidas en sus leyes locales y Constitución.

En tanto el orden jurídico federal, este resulta ser el más completo dado que, está constituido por varias leyes federales que además de poseer distintos ámbitos de aplicación se colocan en un punto determinado de la estratificación jurídica. En primer lugar, se encuentran las leyes federales ordinarias o comunes; estas son dictadas por el Congreso de la Unión y se caracterizan porque, a pesar de que son vigentes en todo el territorio nacional, únicamente pueden ser aplicadas por las autoridades federales. Cuando estas llegan a encontrarse en conflicto con alguna de carácter local este se resolverá estableciendo criterios de competencia, es decir, se establecerá si la materia regulada corresponde al orden federal o al local y, por ende, a la norma correspondiente; en dichos casos ninguna tiene mayor o menor jerarquía, simplemente tienen competencias distintas (Ortiz Mayagoitia, 2003).

Las siguientes corresponden a las leyes federales generales incluso denominadas leyes marco. A pesar de que también son producto del Congreso de la Unión, por disposición de la Constitución Federal tienen el poder de regular a las autoridades federales, locales y municipales en determinadas materias, igualmente, sientan las bases conforme a las cuales tanto la legislatura local como los ayuntamientos municipales deben de apegarse para emitir sus leyes locales respecto a sus distintos ámbitos de acción. Los temas específicos en los cuales se pueden emitir leyes generales son la salubridad general, la seguridad pública, la educación, los asentamientos humanos, la protección al medio ambiente y equilibrio ecológico, la protección civil y el deporte (Ortiz Mayagoitia, 2003).

Finalmente, las leyes federales de aplicación especial son emitidas por el Órgano Legislativo Federal y se aplican, al igual que las demás, en todo el territorio mexicano, pero se diferencian gracias a que a pesar de que pueden ser aplicadas tanto por autoridades federales como por estatales, las entidades federativas no cuentan con la facultad de expedir una normatividad especial que reglamente el contenido de la propia ley, únicamente pueden limitarse a su aplicación sin mayor intervención u obligación. Dentro de estas pueden encontrarse dos tipos de leyes de acuerdo con su forma de aplicación, teniendo así a las de aplicación local por disposición constitucional y las de aplicación local por convenio con la federación con base en una ley federal. La característica de las primeras es que suelen focalizarse en la materia laboral y la mercantil, mientras que las segundas en el tema fiscal (Ortiz Mayagoitia, 2003).

Para concluir vale la pena señalar que aunado a la existencia de las leyes federales se encuentran los reglamentos federales que logran definirse como:

El conjunto de normas jurídicas de carácter general, abstracto e impersonal expedidas por el titular del Poder Ejecutivo, que tienen por objeto facilitar la exacta observancia de las leyes expedidas por el Poder Legislativo (Ortiz Mayagoitia, 2003, p. 432).

Resultan de suma importancia gracias a que tienen mayores facilidades para modificarse, permitiendo que la legislación se adapte a la realidad cambiante de la sociedad, situación que no resultaría válida si la tarea dependiera en su totalidad del Poder Legislativo debido a sus procedimientos complejos y tiempos reducidos de funcionamiento (Ortiz Mayagoitia, 2003).

Para abordar de manera específica el tema de la salud mental desde el enfoque jurídico se rescatan tres instrumentos, dos de carácter nacional y uno local. El primero de ellos es la CPEUM.

La CPEUM es un documento que inicialmente fue publicado el 05 de febrero de 1917 en el Diario Oficial de la Federación y funge como la ley suprema del territorio mexicano. Derivado de las necesidades contextuales de la sociedad

mexicana y los distintos eventos coyunturales que han marcado la historia de las leyes mexicanas, la Constitución ha presentado varias reformas y actualizaciones en más de un artículo con el objetivo de volverla más clara en tanto a su redacción como más protectora de la persona en sus variados ámbitos de desarrollo, un claro ejemplo es la reforma constitucional de derechos humanos del 2011. La versión que se presenta a continuación data del 30 de noviembre de 2022.

La Constitución se encuentra organizada a través de nueve títulos, los cuales a su vez se subdividen en capítulos y estos en artículos; el objetivo, desmenuzar de la manera más clara los derechos y obligaciones a los cuales tienen acceso las personas tanto que habitan el territorio mexicano como quienes transitan por él. De acuerdo con esta especificidad, el contenido de los capítulos parte de lo general a lo particular en tanto a los grupos de personas se refiere, pero también de acuerdo con la organización política del país.

El capítulo 1 se denomina De los Derechos Humanos y sus Garantías y se constituye por 29 artículos. Una característica que lo distingue, incluido su título, es que varios de sus artículos, en especial el 1º, son fruto de la reforma constitucional en materia de derechos humanos del 2011, la cual constitucionalizó los derechos humanos, es decir, los convirtió en fundamentales y aplicables en todo el territorio mexicano.

El título está constituido por dos elementos, los derechos humanos y las garantías, los cuales en pasadas ediciones se contemplaban como conceptos que podrían sustituirse mutuamente, imprecisión que se había convertido en una constante de los textos constitucionales; si bien los derechos son las prerrogativas que deben de ejercer todas las personas no deben de confundirse con las garantías que son todos los medios consignados en la misma ley para asegurar, respetar y defender el goce de dichos derechos (Instituto de Investigaciones Jurídicas: p. 4). Entonces, el que el capítulo 1 congrege ambos términos denota la importancia de reconocer tanto por un lado los derechos fundamentales como por el otro, los mecanismos por los cuales se hacen valer. Gracias a las reformas

de sus distintos artículos, este primer apartado se convirtió en la piedra angular de los derechos humanos.

El documento se rige bajo un enfoque de derechos humanos, lo que significa que estos aparecen a lo largo de todo el texto tanto como elementos clave para la alineación de la política mexicana al derecho internacional, como prerrogativas que tienen que ser ejercidas por todas las personas para garantizar su dignidad humana, las cuales a su vez son reconocidas como titulares de derechos; encima, responsabiliza a las personas funcionarias públicas mexicanas de garantizar dicho ejercicio.

Puesto que la Constitución es la ley suprema tiene un carácter general, por lo que no abona a la descripción particular e implementación de cada uno de los derechos que congrega, sino que, funge como una guía para la creación e implementación de las leyes estatales y locales bajo un enfoque de derechos humanos. Esto no significa que resulte en un documento deficiente, sino al contrario, el que no contemple el ejercicio de los derechos en cada contexto y particularidad le dota de mayor apertura e interpretación. Inclusive, evita que el ejercicio de los derechos se limite a unos pocos grupos históricamente discriminados.

Esta generalidad propicia que la Constitución no tenga un enfoque en salud y menos en salud mental, pues si bien reconoce su importancia no indica los mecanismos de acción para su protección y garantía. Este derecho se visibiliza en el documento cuando se aborda el desarrollo de las personas que conforman ciertos grupos históricamente discriminados en sus distintos contextos, por ejemplo, las personas en situación de movilidad humana, privadas de su libertad, personas gestantes y mujeres indígenas, dado que suelen experimentar distintas situaciones de violencia y discriminación derivado de su identidad. La intención de no mencionar a otros grupos radica en justamente la universalidad de los derechos y de la Constitución misma, la cual no debe de dirimir entre las personas

que habitan o transitan el territorio mexicano y que conforman la gran diversidad de la sociedad.

El único artículo que rescata el derecho a la protección de la salud es el cuarto, en el que responsabiliza a esta Ley para definir el sistema de salud que beneficie el bienestar de las personas a través de servicios a la salud integral y gratuitos, en especial para aquellas personas que no tienen seguridad social; así mismo, establece al Estado como el responsable de la definición de las bases y modalidades necesarias para un acceso de calidad a dichos servicios de salud (México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2024a).

Algo importante es que, de todas las situaciones que plantea la Constitución en las que es posible que se suspenda un derecho, en ninguna de ellas figura el derecho a la salud, esto derivado de su importancia para la conservación de la vida, el derecho fundamental por excelencia de acuerdo con la ONU.

Finalmente, es interesante que, a pesar de todas las reformas que ha tenido el documento de manera muy reciente, ninguna ha logrado incorporar el concepto de salud mental que, si bien forma parte de la salud en general y puede interpretarse de esta manera, también puede conllevar que dicha interpretación sólo se focalice en el ejercicio del derecho a la salud física, ignorando las multicausalidades que influyen en la salud mental y las neurodivergencias y por ende, en la violencia y discriminación que viven las personas día con día.

El siguiente instrumento es la Ley General de Salud, la cual es aplicable a todo el territorio mexicano. Esta fue publicada por primera vez en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, aunque su última actualización data del 26 de marzo del 2024.

Dado que aún no existe una ley general de salud mental, esta funge como el instrumento rector en tanto su protección y ejercicio. Esta se caracteriza por tener un enfoque de derechos humanos y de salud mental gracias a que, integra tanto las obligaciones de las autoridades y entes del gobierno hacia con la protección y ejercicio del derecho a la salud desde sus distintas vertientes, como

alienta a las personas titulares de estos derechos para reivindicarlos, algo que viene fuertemente de la mano con los grupos históricamente discriminados y la reivindicación que buscan de todos sus derechos violentados a lo largo de la historia, por ejemplo las personas con discapacidad física, psicosocial, intelectual y neurodiversa.

El documento parte con la definición que ofrece la OMS de la salud, por lo que desde este primer momento identifica a lo mental como un pilar importante de la misma. Dentro de este enfoque de derechos humanos, enlista y especifica, por un lado, cuáles son las finalidades de la protección a la salud y por el otro, las competencias de la salubridad en general. El enfoque en salud mental viene de la mano del de derechos humanos gracias a que, las obligaciones que enlista de los garantes de derechos deben de ser dirigidas al bienestar físico y mental de la persona.

De hecho, dado estos enfoques, es que la salud mental toma un lugar protagónico a lo largo de varios artículos, por ejemplo, se convierte en una meta alcanzable junto con el crecimiento físico tanto de las familias como de las niñas. Algo importante es que la Ley considera a la salud en sí misma como una conformación de varios elementos que se interrelacionan para alcanzar un bienestar físico, por lo que, para lograr un verdadero ejercicio pleno e indiscriminado del derecho a la salud, todas las personas deben de acceder a la totalidad de servicios básicos de salud que pueda brindar el Estado, como la salud sexual y reproductiva, la bucodental, la mental, entre otros. De igual manera, la salud mental se relaciona fuertemente con el ejercicio de distintas actividades, lo que hace alusión a la triada biopsicosocial que influye y conforma a la misma; entre las acciones que destacan están la realización de actividades recreativas que, además tienen el objetivo de lograr un vínculo entre la persona y la sociedad que le rodea.

De manera general, la salud mental es retratada en el documento como un derecho, una meta alcanzable, un elemento que conforma a la salud y como un ente construido a partir de factores biopsicosociales.

Derivado del enfoque en salud mental de la Ley y el reconocimiento que hace de su importancia, destina el capítulo VII a todo lo concerniente a la salud mental. Lo interesante del apartado es que, la mayoría de sus artículos fueron reformados en mayo de 2022 derivado de un proyecto de decreto de la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores en marzo de 2022 para reformar, adicionar y derogar algunas disposiciones de la presente Ley, específicamente en materia de salud mental y adicciones. El decreto se centró en el desarrollo de un modelo comunitario con especial atención en las personas y sus necesidades colectivas, pues la idea es que, una vez detectadas se podrá brindar una atención integral y continua a las personas usuarias de los servicios de salud mental.

El resultado fue que la salud mental se entendió a través de dos enfoques, el comunicatorio y el biomédico. El comunitario trajo consigo que la salud mental fuera vista como una fracción de la salud que es influenciada por distintos elementos, visión no alejada de la triada biopsicosocial, como lo pueden ser las actividades educativas y socioculturales, por lo que, si se pretende el ejercicio de dicho derecho de manera eficaz se deben de emprender acciones comunitarias permanentes; encima, el enfoque comunitario se orienta a la recuperación individual de los trastornos mentales y las adicciones. Es a través de esta misma comunidad en la que la promoción de la salud mental tiene que traer como resultado la reducción de los estigmas sociales negativos en torno a las personas usuarias de los servicios de salud mental y con ello la prevención de trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas.

El enfoque biomédico viene precisamente con la utilización del término de trastornos mentales, el cual, de acuerdo con el enfoque de derechos humanos debe de evitarse por varias razones. Una de ellas es que, el hablar de trastornos significa que las personas viven con una condición que tiene que ser curada para

lograr encajar en las normas sociales y con ello alcanzar la productividad; la realidad es que los llamados trastornos son en realidad discapacidades congénitas o adquiridas que no tienen que ser tratadas como enfermedades, sino por el contrario, como características identitarias. Las personas que viven con discapacidad presentan determinadas necesidades que deben de ser satisfechas para tener un nivel de vida digno basado en el ejercicio de todos sus derechos. Las personas que viven con discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa suelen ser fuertemente estigmatizadas negativamente por no encajar en las normas sociales, por lo que, el que la Ley continúe empleando dicho término sólo contribuye a que las narrativas sociales que resultan violentas y discriminatorias se repliquen y apliquen, resultado completamente distinto al que se espera en la Ley.

El que el propósito de los servicios de salud mental sea la recuperación y el despliegue óptimo de las potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación habla del poco entendimiento que se tiene de la salud mental, los derechos humanos y las discapacidades; resulta imperante reconocer que el medio es realmente el discapacitante, no en sí misma la discapacidad de la persona, quienes pueden tener una vida totalmente autónoma sin una atención orientada a la recuperación. Las discapacidades psicosociales, intelectuales y neurodiversas no son una enfermedad, son parte de la identidad de cada persona, por lo que si se pretende una salud mental comunitaria es momento de que la Ley cambie su discurso biomédico y reconozca las distintas formas de vivir la salud mental.

Finalmente, el capítulo recupera otros elementos distintos. Entre ellos la iniciativa de emprender investigaciones multidisciplinarias de los multifactores de la salud mental, aunado a la eliminación de los hospitales psiquiátricos debido a la fuerte crítica que reciben por sus prácticas violentas y de vulneración de los derechos humanos.

El último instrumento que se presenta es la Ley de Salud Mental del Distrito Federal dado su representatividad como la Ley rectora de dicho derecho en el territorio en el que descansan los tres poderes de la Unión. El documento, si bien se creó con el objetivo de puntualizar el ejercicio del derecho a la salud mental tal pareciera que se ha mantenido olvidada, pues su última actualización data del 18 de diciembre de 2014; incluso, sigue conservando el antiguo nombre de Distrito Federal en vez de avanzar hacia la CDMX. Esta es una Ley local, únicamente aplicable a la CDMX.

La Ley buscó desarrollarse a través de un enfoque de derechos humanos, pues en sus objetivos generales establece los mecanismos y designa responsabilidades, tanto en el sector público como en el privado para garantizar el ejercicio indiscriminado del derecho a la salud mental; igualmente, a lo largo de sus artículos hace hincapié en la necesidad de implementar una perspectiva de género. El problema viene en que dicho enfoque se pierde con la predominancia del biomédico, el cual se hace evidente a lo largo de todo el documento. Desde la definición se habla de una salud mental como resultado de un buen funcionamiento en los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales que permiten el despliegue óptimo de las potencialidades individuales para las actividades cotidianas, como la convivencia y el trabajo. No es posible emplear términos subjetivos alrededor de un término de tal importancia, porque las interpretaciones llegan a ser sumamente diversas alrededor de lo que vendría siendo un buen funcionamiento. Estas ambigüedades podrían desencadenar y fomentar diversos discursos violentos y discriminatorios alrededor de las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y neurodiversa por no considerarlas normales en torno a las normas sociales.

Dicho enfoque biomédico propicia que en vez de hablar de discapacidades se emplee el término de trastornos mentales como sinónimo de enfermedad, la cual tiene que ser tratada y curada; incluso, una de sus metas es la capacitación constante de los núcleos familiares para construir las herramientas que les permitan enfrentar dichas enfermedades. Esto viene de la mano con las pocas

actualizaciones de la Ley, pues no ha logrado incorporar los resultados de los estudios actuales con enfoque de derechos humanos en salud mental y el amplio espectro de las discapacidades neurodiversas, los cuales señalan que estas, al formar parte de la identidad de cada persona no deben de ser rehabilitadas dado que no son enfermedades, sólo en caso necesario recibir acompañamiento de personas especialistas; de hecho, todas las acciones contrarias que buscan normalizar o adaptar a las personas a las normas sociales, lo que también se conoce como estándar neurotípico o neuronorma ya son consideradas violentas y discriminatorias.

De acuerdo con la Ley, los trastornos mentales son considerados afecciones psicopatológicas que pueden representar cierto grado de peligrosidad para la persona u otras que se encuentren a su alrededor; estos, al ser un sinónimo de las discapacidades neurodiversas, psicosociales e intelectuales se convierten en un discurso que fomenta las narrativas sociales negativas, prejuicios, estereotipos y estigmas que giran alrededor de las personas que viven con ellas; encima, es importante reconocer que, estas discapacidades resultan tan variadas que es un error afirmar que todas conllevan cierto grado de peligro y disfuncionalidad social. Esta definición viene de la mano con la recomendación que hace a las personas tutoras de las niñas para que identifiquen algún tipo de trastorno mental inicial y así aplicar medidas preventivas.

Una de las medidas preventivas o correctivas que sigue vigente en México es el Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA por sus siglas en inglés). Este se promueve como “una terapia que ayuda a los niños con autismo a aprender habilidades y disminuir los comportamientos problemáticos, como lesionarse a sí mismos. Hay varias formas diferentes del ABA. Todas se basan en la idea de que el refuerzo de ciertos comportamientos hará que los niños repitan esos comportamientos” (Lord, Catherine, 2024).

El problema con ABA es que, de acuerdo con distintos testimonios de personas con autismo recabados por la Asociación Autistas de Colombia, algunas

técnicas resultan violentas, pues a través de acciones repetitivas que duran horas se busca promover la obediencia sin cuestionar, lo que conduce a la persona que recibe la terapia a no saber cómo poner límites y promover su consentimiento para recibir o no algún tipo de tratamiento. Las niñas que fueron sometidas al ABA aprenden que el expresar sus sentimientos de manera autista o comportarse de manera diferente les conducirá a no recibir recompensas o a ser castigadas.

A pesar de que hoy en día se promueva como una terapia revolucionaria que ya no emplea electrochoques a modo de castigo como en el pasado, por el simple hecho de que busque suprimir las conductas características de las personas con autismo ya es considerado tortura. Y como se mencionaba anteriormente, no es una terapia que se encuentre regulada en México, por lo que puede seguir implementándose sin ningún tipo de inconveniente, principalmente a causa de las personas tutoras que no tienen conocimiento en el tema o que no logran llegar con una persona psicóloga que tenga enfoque en neurodivergencias. Encima, es importante rescatar que no todas las personas con autismo se relacionan de la misma manera puesto que el espectro autista es bastante amplio, las personas pueden desarrollar habilidades cognitivas distintas, de aprendizaje y adquisición de conocimiento y variables socioemocionales; si esto no se entiende y reconoce, las niñas seguirán enfrentándose a múltiples situaciones de violencia, no sólo frente al ABA, sino en las mismas esferas sociales en las que se desarrollen.

Para concluir, la Ley en cuestión no tiene un enfoque en salud mental y derechos humanos, promueve las discapacidades mentales como trastornos que tienen que ser curados en vez de como características identitarias, promoviendo así una cultura de violencia y discriminación que ha logrado incorporarse en las instituciones sociales y que, por lo tanto, se ha normalizado.

SALUD MENTAL NACIONAL MEXICANA

Para conocer los resultados de los esfuerzos que ha implementado México en la garantía del derecho a la salud mental se van a presentar dos instrumentos, la autoevaluación de la OMS para el Atlas de la Salud Mental y la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022.

México tiene una población de 127 575 529 habitantes (cifra estimada de la ONU, la cual no contempla las personas en situación de movilidad humana que no participan en los censos), pertenece a la región de América y al grupo de ingresos medios – altos; de acuerdo con el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030, México debe de planificar y asignar un presupuesto proporcional a los recursos humanos a todos los sectores relevantes para un ejercicio indiscriminado del derecho a la salud mental, lo que conlleva implementar planes, acciones y políticas con enfoque de derechos humanos y salud mental. La realidad del país es que gasta únicamente 17 pesos mexicanos en salud mental por persona; visto de otra manera, del gasto total del gobierno en salud, el porcentaje destinado a la salud mental es apenas del 1.8% y sobre esa base, y el 62.7% va a los hospitales psiquiátricos, cifra bastante desorbitante si se considera su relación con la violación constante de los derechos humanos (WHO, 2022j).

Esto trae consigo las interrogantes, ¿cómo es posible una alineación completa a los derechos humanos si la mayoría del presupuesto está designado a las instancias psiquiátricas? Y, ¿cómo puede procura servicios de calidad en torno a la salud mental con un presupuesto general tan bajo? La respuesta es sencilla, no existe una alineación completa al ejercicio de los derechos humanos y tampoco oferta servicios de calidad, para corroborar esto sólo basta con observar el resto de la información del Atlas, por ejemplo, todas las personas con problemas de salud mental tienen que pagar al menos el 20% por los servicios y medicamentos que reciben, ya sea que busquen una cita médica en los servicios de atención a la salud públicos, la cual tarda demasiado tiempo en llegar o recurrir al sector privado, en donde los precios por consulta resultan sumamente costosos (WHO, 2021a; WHO, 2022j).

En lo que respecta al sector público, es posible encontrar dos tipos de servicios, el ambulatorio y el psiquiátrico. Dado el poco presupuesto que recibe el primero, únicamente existen en todo el territorio mexicano 400 centros ambulatorios dedicadas a la salud mental, cantidad corta comparada con la población total mexicana, lo que las vuelve sumamente ineficientes e incluso inaccesibles para toda la población, esto sin mencionar que sólo existen 412 instancias ambulatorias de salud mental que están adscritas a un hospital (WHO, 2022j).

Con respecto a los segundos, para 2020 existían en total 100 establecimientos destinados a la hospitalización de las y los pacientes, divididos entre hospitales psiquiátricos y unidades psiquiátricas en hospitales generales. Los primeros, a pesar del presupuesto que reciben, únicamente tuvieron 2.8 camas por 24.60 admisiones en el año, de las cuales 7730 fueron admisiones involuntarias, acción que de acuerdo con el Derecho Internacional de Derechos Humanos resulta discriminatoria porque violenta el derecho a la libertad y elección para recibir o no determinado tratamiento; por el contrario, las unidades psiquiátricas en hospitales generales contaron con 0.20 camas para 2.47 admisiones; estos datos dan cuenta de la mala distribución de recursos económicos que existen alrededor de los servicios de atención a la salud mental (WHO, 2022j).

Con respecto a su gobernanza en salud mental se presentan dos situaciones polarizadas. Por un lado, de forma positiva, la existencia de una política o plan independiente de salud mental, la cual, de acuerdo con el Atlas se encuentra vigente desde 2019 y es totalmente consonante con los convenios de derechos humanos al tener una calificación de cinco puntos de verificación del instrumento de la OMS. Además, cuenta con indicadores encargados de monitorear la implementación de dicho plan, los cuales se mantienen disponibles y han sido utilizados en los últimos dos años en la mayoría de los componentes de las políticas más actuales de salud mental. La situación es que el Atlas no especifica de que plan se trata, por lo que puede tratarse de cualquiera de todos lo

que existen. El ejemplo que podría encajar perfecto por la fecha en que se creó es el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, escrito por la Secretaría de Salud. Otros que figuran por su contenido, aunque no correspondan en fechas son el Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018 escrito por la Secretaría de Salud; el Programa de Acción Específico. Atención Psiquiátrica 2013-2018 escrito por la Secretaría de Salud; el Programa de Acción Específico. Salud mental y adicciones 2020-2024, también denominado PAE, escrito por la Secretaría de Salud en colaboración con la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, CONASAMA; y el más reciente el Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024, escrito por la Secretaría de Salud, CONASAMA, Nuevo ISSSTE e IMSS.

Todos estos planes se caracterizan porque buscan brindar el bagaje teórico con el cual sustentar su implementación, este está compuesto por los tres niveles en los que se garantizan y ejercen los derechos humanos, el mundial, el nacional y el doméstico. Cada uno busca abordar las necesidades específicas identificadas de algún problema social y coyuntural, así como las soluciones que ofrecen a este. Algo importante que rescatar es que, si bien CONASAMA ha presentado varios Programas de Acción, se caracteriza por mantener un enfoque biomédico en estos, por lo que sigue hablando de trastornos mentales en vez de discapacidades mentales y el espectro de las neurodivergencias. Dicho enfoque, como se mencionaba anteriormente, rompe totalmente con el enfoque de derechos humanos y de salud mental.

Por el contrario, el lado negativo de la gobernanza es que a nivel nacional el país no cuenta con una ley independiente para la salud mental. A pesar de esto, el país señala la presencia de una autoridad independiente encargada de realizar inspecciones periódicas del apego de la normatividad en salud mental con los derechos humanos internacionales, que además responde a las quejas e informa sus hallazgos al menos una vez al año (WHO, 2022j).

Resulta interesante que no exista una ley general de salud mental dado que han existido dos iniciativas para su creación. La primera de ellas fue la iniciativa que expide la Ley Nacional de Salud Mental a cargo de la Diputada Leticia Amparano Gámez, la cual fue integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la LXIII legislatura, por lo que la iniciativa ronda alrededor de los años 2015 y 2018. En la exposición de motivos señala la Diputada que la protección a la salud y a la salud mental es un derecho fundamental que se encuentra consagrado tanto en la CPEUM y la Ley General de Salud y respaldado por los variados instrumentos internacionales, pero que, a pesar de ello, las personas con discapacidad mental siguen experimentando múltiples situaciones de violencia y discriminación, por lo que es hora de que la salud mental tome un carácter prioritario en la salud pública. Esto sólo podrá lograrse con una ley que acate las recomendaciones de la OMS, entre las que destacan limitar o eliminar las unidades asilares para darle paso a los servicios de salud mental basados en la comunidad y el autocuidado. Dicha iniciativa no logró convertirse en ley, lo que explica la razón de la siguiente (Sistema de Información Legislativa, n.d.).

Esta segunda tuvo lugar en el 2019 y fue presentada por la Senadora Geovanna del Carmen Bañuelos de la Torre, Coordinadora del Grupo Parlamentario del Partido del Trabajo de la LXIV legislatura del H. Congreso de la Unión. Su proyecto consistió en crear la Ley General de Salud Mental. Entre sus motivos rescata que las discapacidades intelectuales, psicosociales y neurodiversas ocupan un lugar privilegiado en la salubridad pública de muchos de los países de ingresos medios y bajos, entre ellos México, derivado precisamente de la falta de recursos financieros y humanos; a pesar de este fuerte problema no se han logrado implementar las acciones pertinentes que permitan a las personas, en especial a las niñas y adolescencias acceder a servicios de salud mental de calidad y gratuitos. Esto viene de la mano con la fuerte carga social producto de los estereotipos y estigmas sociales que culminan en múltiples situaciones de violencia y discriminación. El objetivo de una ley general es lograr el ejercicio universal del derecho a la salud mental a través de servicios de calidad que gocen

de presupuestos proporcionales al problema social que representa (Senado de la República, 2019).

Finalmente, ¿qué pasa con la percepción que tienen las personas del ejercicio de sus derechos en México? Para responder esta pregunta se puede hacer de uso de la ENADIS 2022. Esta es la cuarta edición de todas las ENADIS que han tenido lugar desde el año 2005. La presente edición es fruto de la colaboración conjunta entre el INEGI, el CONAPRED y la CNDH. Su objetivo es generar información completa, fidedigna y actualizada sobre la situación que guarda la discriminación y sus diversas manifestaciones en la cotidianidad vista desde la población en general y los grupos históricamente discriminados. A pesar de que CONAPRED ha trabajado con 20 grupos, la encuesta solamente identifica a 10, esto derivado de que corrió a cargo del INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2023).

Cabe mencionar que la INEGI, si bien identifica a las personas con discapacidad como un grupo históricamente discriminado, no hace una división entre los distintos tipos de discapacidad, es decir, no hace encuestas para identificar la cantidad de personas con discapacidad motriz, visual, auditiva, intelectual, psicosocial y neurodiversa; sólo reporta los principales impedimentos de las personas, que son caminar, subir o bajar; hablar o comunicarse; recordar o concentrarse; bañarse, vestirse o comer; oír, aun usando aparato auditivo; y ver, aun usando lentes.

Las personas que participaron en la ENADIS tienen de 12 años en adelante. La constitución del documento es a través de gráficas que muestran los resultados obtenidos con las encuestas. La primera de ellas corresponde a la percepción sobre el respeto de los derechos; de todas las que participaron, el 33.5% considera que sus derechos se respetan poco en el país (INEGI, 2023).

La siguiente tiene que ver con los distintos estigmas sociales y prejuicios. De todas las personas con discapacidad que participaron en la encuesta el 65.8% estuvo de acuerdo con que las personas con discapacidad son rechazadas por la

mayoría de la gente. Además, el 59.9% concordó que, la mayoría de la gente considera que las personas con discapacidad mental e intelectual son incapaces de tomar sus propias decisiones. Por otro lado, el 56.2% considera que las personas con discapacidad son consideradas por la sociedad una carga, esto derivado de la falta de oportunidades laborales y de desarrollo a las que se enfrentan cotidianamente (INEGI, 2023).

De acuerdo con el 31.9% de las personas con discapacidad, entre las principales problemáticas declaradas es que las calles, instalaciones, transportes son inadecuados a sus condiciones, las cuales se asocian directamente con los distintos tipos de discapacidad, por ejemplo, que no haya rampas o elevadores en todos las infraestructuras, que no existan letreros en Braille o inclusive, que los espacios laborales resulten sobreestimulantes para las personas neurodivergentes. El 21.7% consideran como problemática los costos en cuidados, terapias y tratamientos y es que, son bastantes costosas las sesiones para llegar a un diagnóstico autista que, si bien no van a recibir algún tipo de tratamiento, sí pueden llegar a necesitar algún tipo de acompañamiento específico para potencializar sus capacidades. A esto le sigue la falta de oportunidades para encontrar empleo y de un sistema de apoyo para una vida independiente (INEGI, 2023).

Por último, el 30.7% de la población de 12 años y más con discapacidad manifestó que se le negó de manera injustificada alguno de sus derechos en los últimos 5 años, como lo fueron el ser beneficiarias de programas sociales, como las becas o acceder a la atención médica y a los medicamentos (INEGI, 2023).

Con base en estos datos es posible determinar que la discriminación y la falta de acceso a un atención a la salud de calidad e igualitaria va más allá que sólo la falta de presupuesto e instituciones, es una situación estructural que ha permeado en el funcionamiento completo de la sociedad; nada cambia con la publicación de múltiples programas sectoriales y específicos focalizados en la salud mental si no se ataca de raíz el problema social de la desigualdad y la deuda

histórica que se tiene con el grupo históricamente discriminado de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y neurodiversa.

CONCLUSIONES

La intención inicial de este trabajo era poder entender, desde una visión meramente social las razones por las cuales la salud mental no estaba siendo asegurada como un derecho, específicamente en la comunidad estudiantil de distintas universidades; de hecho, para construir lo que creía serían las bases teóricas del trabajo tomé un taller de técnica legislativa en salud mental. Fue gracias a este que comencé a entender que el problema con la salud mental iba mucho más allá de los servicios que ofrecen las universidades para atenderla, sino que partía desde algo más profundo y estructural en estrecha relación con el régimen jurídico internacional y nacional.

El nuevo objetivo del trabajo consistió en revisar distintos instrumentos que forman parte del régimen jurídico de los derechos humanos, de manera específica de la salud mental desde el nivel internacional, nacional hasta local para, posteriormente identificar si su contenido se encuentra o no alineado al enfoque de derechos humanos y, de ser el caso, descubrir si la falta de su ejercicio de debe más que nada a una incorrecta interpretación de estos.

Para comenzar, sólo se presentan los hallazgos encontrados en los documentos vinculantes (tratados), gracias que tienen una obligatoriedad que el resto no (no vinculantes). El primer hallazgo que se hizo fue que, de todos los tratados internacionales de derechos humanos ninguno se focaliza en la salud mental. Si bien varios de ellos la recuperan, esto se hace desde un segundo plano, siendo entendida como resultado colateral de las distintas situaciones a las que tienen que hacer frente los grupos históricamente discriminados que son recuperados respectivamente en los distintos documentos. Esto trae como consecuencia que, a pesar de que se ratifiquen estos tratados, los Estados no

tendrán una obligación directa para emprender acciones que promuevan, protejan y garanticen el derecho a la salud mental.

Otro resultado importante es el tipo de lenguaje en el que se encuentran escritos. Ya mencionaba que, este es una herramienta de suma importancia para reconocer a las personas y grupos que han sido invisibilizados y discriminados a lo largo de la historia, por lo que, además de no ser sexista tiene que ser antidiscriminatorio, esto conlleva que reconozca a las personas con identidades y formas de vida distintas. Cabe mencionar que se utilizaron las versiones oficiales en español de los tratados y no cualquier traducción realizada en internet. Pues bien, el lenguaje que se emplea en varios apartados de dichos documentos resulta ser algo distinto a un lenguaje incluyente. Por un lado, se utiliza el masculino como genérico, invisibilizando a las mujeres y personas disidentes sexuales que conforman la sociedad.

Por otro lado, se aborda la salud mental desde un enfoque biomédico todo el tiempo, esto significa que los pocos tratados que recuperan la salud mental lo hacen meramente desde los trastornos que pueden y deben prevenirse y curarse para lograr un funcionamiento adecuado y normal acorde a la neuronorma social. El hablar de trastornos invisibiliza a las personas que viven con distintas discapacidades mentales y por ende a sus identidades, pues no todas estas requieren una atención médica, ni siquiera un acompañamiento por los distintos servicios de salud mental. Esta situación trae consigo varias consecuencias de importancia. La primera, el que dichos instrumentos rectores de los derechos humanos no tengan un enfoque en salud mental y reconozcan todas las identidades propicia que las acciones nacionales de los Estados Partes de la ONU repliquen sin mayor atención dicho lenguaje y por ende, las narrativas violentas y discriminatorias, que a su vez tienen como consecuencia que las personas neurodiversas, con discapacidad intelectual y psicosocial experimenten violencia y discriminación estructural, visible en todas sus esferas sociales de desarrollo.

Otra consecuencia fuertemente aunada a la primera serían la construcción e implementación de acciones, llámense leyes o políticas públicas que, en vez de contribuir a la cultura de la no discriminación, al derecho a la no discriminación y al derecho a la diferencia generan una sociedad repleta de prácticas excluyentes y patologizantes dirigidas a las personas con discapacidad mental, lo cual nuevamente trae como consecuencia que experimenten situaciones de discriminación, por ejemplo, que se les niegue el acceso a determinados trabajos a pesar de cumplir con el perfil solicitado, que no reciban un ingreso salarial acorde al trabajo que desempeñan, que no puedan acceder a los distintos servicios de salud mental porque es una especialidad con pocas consultas en los servicios públicos de salud o es muy cara, razones por las cuales se demuestra que la salud mental es un privilegio y no un derecho aquí en México.

Un claro ejemplo de esto es la Convención de los Derechos del Niño, el cual es uno de los tratados internacionales en materia de derechos humanos. A lo largo de todo su texto, únicamente se habla de niños, en masculino, omitiendo conceptualmente a las niñas y niñeces; este último término permite englobar a todas las personas que, a pesar de su edad, no se reconocen a sí mismas como mujer u hombre, dentro de los estereotipos de género que les fue asignado al nacer o con identidades diversas. Y es que, es importante tener en mente que, lo que no se nombra no existe.

Una de las razones que se encuentra de esta situación deviene de las ya mencionadas interpretaciones de los documentos; en inglés resulta complicado hacer uso del lenguaje incluyente dado su estructura gramatical, por lo que, al hacer traducciones a otro idioma, en especial al español, debería de hacerse uso de una correcta interpretación y del lenguaje incluyente para lograr un enfoque completo de derechos humanos.

Ahora bien, al trasladarnos al régimen nacional se encontraron básicamente los mismos resultados, aunque resultan más visibles tanto en la Ley General de Salud como en la Ley de Salud Mental del Distrito Federal. A pesar de que la

primera tiene actualizaciones más recientes, está constituida bajo un enfoque biomédico, el cual puede resultar de utilidad para tratar la salud física, más no para abordar la salud mental y las discapacidades mentales. Por el contrario, la Ley de Salud Mental del Distrito Federal no se ha actualizado en vario tiempo lo que denota el poco interés que existe en el tema; no tiene un enfoque en salud mental, por lo que aun habla de trastornos mentales como una característica patológica que requiere atención médica, lo que invisibiliza a las personas con identidades mentales diversas, lo que a su vez trae como consecuencia la replicación de estereotipos, prejuicios, estigmas negativos y narrativas discriminatorias.

Esto viene de la mano con la situación mental nacional de México, la cual se caracteriza en el poco presupuesto que se designa a la salud mental, 17 pesos por persona, cifra realmente ineficiente si se piensa en que la mayoría está destinada al mantenimiento de los hospitales psiquiátricos, instituciones que de acuerdo con la OMS deben de desaparecer dado su fuerte relación con la violación sistemática de los derechos humanos.

Además, este poco presupuesto en salud mental es la razón por la cual las personas en México deben de pagar al menos el 20% del costo de los servicios de salud mental y sus medicamentos. Ahora bien, este porcentaje hace alusión a los servicios públicos en salud, en donde se le obliga a la persona a esperar semanas, incluso meses para recibir una consulta de especialidad; y qué pasa cuándo dicha persona no puede esperar tanto tiempo para recibir una consulta con la psicóloga o psiquiatra dado que vive con determinadas condiciones mentales como ansiedad y depresión crónica que requieren atención inmediata, pues buscará acceder a los servicios que necesita en el ámbito privado, en donde además de que son consultas caras, tienen que ser costeadas en su totalidad por las mismas personas. Esto nos dirige a una conclusión escrita más arriba, la salud mental no es un derecho, es un privilegio en México.

Si bien es cierto que algunas asociaciones educativas y civiles ofrecen estos servicios de manera gratuita, es tal la demanda de la población que se vuelven insuficientes. Encima, es importante recordar que es el gobierno con sus acciones quien debe de garantizar este derecho de una manera eficiente y no otras asociaciones. Esto invita a la reflexión, si los servicios en salud mental en el sector público son ineficientes, por qué no se implementan acciones para que, en primera, desaparezca el sistema asilar y, en segunda, destinar este presupuesto a los servicios de salud mental ambulatorios, comunitarios y en el nivel primario de atención.

Esto mismo nos conduce a reflexionar. México ha ratificado 16 tratados de derechos humanos lo que se supone una alineación completa a los estándares de derechos humanos. No es posible criticar una mala interpretación de estos cuando en realidad no buscan salvaguardar el derecho a la salud mental. El problema viene en que, si bien México puede estar implementando las acciones pertinentes para cumplir con sus obligaciones de acuerdo con los tratados ratificados, no está yendo más allá para lograr la construcción de un enfoque en salud mental y, como este no es una obligatoriedad internacionalmente, su ausencia no puede ser juzgado por ninguna Organización Internacional. El que el régimen jurídico nacional en salud segregue a la salud mental propicia que las personas tomadoras de decisiones alrededor de las políticas públicas sigan el mismo patrón, repliquen los prejuicios, estereotipos y estigmas y, contribuyan a una cultura violenta y discriminatoria alrededor de las personas con discapacidad mental; otro ejemplo claro es que no se prohíban las terapias del análisis del comportamiento aplicado a pesar de estar asociadas a la violación de derechos humanos.

Todo esto significa que la discriminación en torno a la salud mental es estructural, es decir, ha logrado sedimentarse en la construcción de las instituciones sociales y las leyes que la conducen; hemos llegado a un punto en la sociedad en la que normalizados la violencia y discriminación hacia determinados grupos, por lo que ya no decimos nada y consideramos que así tienen que ser las cosas; replicamos sin hacer uso de nuestro pensamiento crítico las narrativas

discriminatorias que se nos enseñan en nuestras distintas esferas sociales como la familia, la escuela y las amistades; no vemos la violencia institucional hasta que nos toca vivirla. Y gracias a que esta es estructural, no bastarán las acciones individuales para lograr un cambio real y significativo, necesitamos una reestructuración completa, partiendo desde el régimen jurídico. Es hora de que se implemente un efectivo enfoque en derechos humanos y salud mental que nos permita disminuir la gran brecha de desigualdad que se vive en el territorio mexicano.

REFERENCIAS

Agüero de Trenquallye, M. J. y Correa Moreira, G. (2018) “Salud mental y ciudadanía: una aproximación genealógica”, *Revista de Historia de la Psicología*, 39 (1), pp. 40-46.

Amnistía Internacional (2024) *Discriminación*. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/what-we-do/discrimination/> [Consultado: 17-02-2024].

Anaya Muñoz, A. (2017) “Los regímenes internacionales de los derechos humanos: la brecha entre compromiso y cumplimiento”, *IUS Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, 11 (40), pp. 159-181.

Antonio Ocampo, J. (Ed.). (2015) *Gobernanza global y desarrollo. Nuevos desafíos y prioridades de la cooperación internacional*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores y CEPAL.

Aranda, V., Arriagada, I. y Miranda, F. (2005) *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*. Chile: ONU, CEPAL.

AT&T; YO TAMBIÉN (2021) *¿Cómo se dice? De la A a la Z. El primer diccionario para reportear, escribir y contar historias sobre discapacidad*. México: AT&T y YO TAMBIÉN.

- Barberis, J. A. (2022) *El concepto de tratado internacional*. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r15461.pdf> [Consultado: 22-01-2022].
- Basave Fernández del Valle, A. (1993) “Estructura y sentido de la abogacía”, *Boletín de Investigaciones Jurídicas de la Universidad de Guanajuato*, (52), pp. 23-34.
- Becerra Partida, O. F. (2014) “La salud mental en México, una perspectiva histórica, jurídica y bioética”. *Persona y Bioética*, 18 (2), pp. 238-253.
- Bertolote, J. M. (2008) “Raíces del concepto de salud mental”. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 6 (2), pp. 113-116.
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión (2023) *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. México: Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión.
- Caponi, S. (2009) “Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel”, *Scientiæ studia*, 7 (3), pp. 425-445.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Cámara de Diputados (2018) *Información sobre salud mental en México, carpeta informativa núm. 86*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Cámara de Diputados.
- Centro Europeo de Másteres y Posgrados (CEMP) (2022) *¿Qué es biomedicina? Descubre su significado*. Disponible en: <https://cemp.es/noticias/que-es-biomedicina/> [Consultado: 17-01-2022].
- Coderch, J. (2011) *Psiquiatría Dinámica*. Ecuador: Editorial Herder.
- Confederación Salud Mental España (2017) *La ONU aprueba una resolución específica sobre salud mental y derechos humanos*. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/onu-aprueba-resolucion-especifica-salud-mental-derechos-humanos/#:~:text=17%2F10%2F2017->

[.El%20Consejo%20de%20Derechos%20Humanos%20de%20la%20ONU%20aprueba%20la,parte%20esencial%20de%20ese%20derecho](#)

[Consultado: 20-03-2022].

De la Fuente, R. (1990) "Pinel, su tiempo y su obra", *Salud Mental*, 13 (1), pp. 2-7.

Días, P. (2019) *Psicogénesis (concepto, definición, significado, qué es)*. Disponible en: <https://knoww.net/es/ciencias-sociales-humanas/psicologia-es/psicogenesis/> [Consultado: 10-01-2022].

Díaz-Castro, L. *et. al.* (2017) "Gobernanza y salud mental: aportes para su abordaje en materia de políticas públicas". *Revista de Saúde Pública*, 51 (4), pp. 1-13.

Dovio, M. Á. (2017) "La Higiene Mental en Buenos Aires, Argentina (1935-1945)", *Revista de Historia y Geografía*, (36), pp. 45-65.

[Fajardo Morales, Z. A. \(2015\). *Control de convencionalidad. Fundamentos y alcance. Especial referencia a México*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.](#)

Flores Rentería, J. (2011) "Justicia y derechos humanos", *Política y cultura*, (35), pp. 27-45.

García González, A. (2015) "La dignidad humana, núcleo duro de los derechos humanos fundamentales", *Derecho civil y social*, (102), pp. 1-21.

González Morales, F. (2009) "La Comisión Interamericana de Derechos Humanos: antecedentes, funciones y otros aspectos". *Anuario de Derechos Humanos*, pp. 35-57.

Humanium (2022) *Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948*. Disponible en: <https://www.humanium.org/es/derechos-humanos-1948/#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20Universal%20de%20Derecho>

[s%20Humanos%20fue%20adoptada%20por%20la,la%20Uni%C3%B3n%20Sovi%C3%A9tica%20se%20abstuvieron](#) [Consultado: 20-01-2022].

Infocop (2020) *Buenas prácticas y avances importantes en algunos países europeos en relación con la salud mental, según MHE*. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8614 [Consultado: 22-03-2022].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023) *Encuesta Nacional sobre Discriminación. ENADIS 2022. Presentación de resultados*. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2022/doc/enadis2022_resultados.pdf [Consultado: 20-04-2024].

Klappenbach, H. (2022) *El movimiento de la higiene mental y los orígenes de la Liga Argentina de Higiene Mental*. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas10/Primera%20parte.htm> [Consultado: 25-01-2022].

Lord, C. (2024) *La controversia en torno al análisis del comportamiento aplicado*. Disponible en: <https://childmind.org/es/articulo/la-controversia-alrededor-del-analisis-de-comportamiento-aplicado-aba/> [Consultado: 20-04-2024].

Macaya Sandoval, X., Pihan Vyhmeister, R. y Vicente Parada, B. (2018) “Evolución del constructo de Salud Mental desde lo multidisciplinario”, *Humanidades médicas*, 18 (2), pp. 215-232.

México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (2021) *Ley Sobre la Celebración de Tratados. Diario Oficial de la Federación*.

México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (2024a) *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación*.

México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (2024b) *Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación*.

- México. Gobierno de la Ciudad de México, (2014) *Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Gaceta oficial del Distrito Federal.*
- Miranda Hiriart, G. (2018) “¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?”, *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23 (83), pp. 86-94.
- Morales, M. (2020) *Acciones para mejorar la salud mental en América Latina.* Disponible en: <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/02/11/acciones-para-mejorar-la-salud-mental-en-america-latina/> [Consultado: 20-03-2022].
- Naciones Unidas (2022a) *Carta de las Naciones Unidas.* Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/un-charter> [Consultado: 31-10-2022].
- National Institute of Mental Health (2020) *Acerca del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH).* Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/acerca-del-instituto-nacional-de-la-salud-mental> [Consultado: 12-01-2022].
- Nava Cortez, A. (Ed.). (2011) *Acceso a la justicia y derechos humanos.* 2nd ed. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- Nava Cortez, A. (Ed.). (2012) *Curso básico de derecho internacional.* México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- Núñez Palacios, S. (2016) *Clasificación de los derechos humanos.* Disponible en: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derechos-humanos-emx/article/view/5118/4491> [Consultado: 18-04-2022].
- Observatorio de Derechos Juveniles (2020) *Informe de la sexta edición del Observatorio de Derechos Juveniles. Ciudad de México 2020 N° 6.* México: Observatorio de Derechos Juveniles.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas Para los Derechos Humanos (2006) *Los principales tratados internacionales de derechos humanos*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud (1950) *Comité de Expertos en Higiene Mental. Informe de la Segunda Reunión*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2006) *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2015) *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social*. Chile: Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Organización Mundial de la Salud (2018) *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Consultado: 29-11-2021].

Organización Mundial de la Salud (2021). *Salud mental*. Disponible en: https://www.who.int/topics/mental_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%20%BB [Consultado: 06-02-2021].

Organización Panamericana de la Salud (2022) *Organización Panamericana de la Salud*. Disponible en: <https://www.summit-americas.org/Partners/PAHO-span.htm#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de%20la,Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud>. [Consultado: 30-04-2022].

- Ortiz Hernández, L., López Moreno, S. y Borges, G. (2007) “Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana”. *Cad. Saúde Pública*, 23 (6), pp. 1255-1272.
- Ortiz Mayagoitia, G. I. (2003) “El orden jurídico nacional a la luz de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano*, pp. 417-447.
- Ovidio Muñoz, C., Restrepo, D. y Cardona, D. (2016) “Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática”. *Revista Panam Salud Pública*, 39 (3), pp.166-173.
- Pereznieto Castro, L. y Ledesma Mondragón, A. (1992) *Introducción al estudio del derecho*. 2nd ed. México: Harla.
- Pinos, G. (2020) *La salud mental positiva*. Disponible en: <https://www.ucuenca.edu.ec/component/content/article/260-espanol/investigacion/blog-de-ciencia/ano-2020/enero-2020/1452-salud-mental?Itemid=437> [Consultado: 08-01-2022].
- Querejazu, A. (2020) “Comprendiendo y cuestionando la gobernanza global”, *Colombia Internacional*, (102), pp. 63-86.
- Restrepo O., Diego A. y Jaramillo E., Juan C. (2012) “Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública”, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30 (2), pp. 202-211.
- Rodríguez, J. J. (Ed.). (2007) *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Salazar Ugarte, P. (Coord.). (2014) *La reforma constitucional sobre Derechos Humanos. Una guía conceptual*. México: Senado de la República, Instituto Belisario Domínguez.

- Senado de la República (2019) *Proyecto de decreto por el que se crea la Ley General de Salud Mental*. Disponible en: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/2/2019-11-20-1/assets/documentos/Inic_PT_Ley_General_Salud_Mental_201119.pdf [Consultado: 20-04-2024].
- Serna de la Garza, J. M. (n.d.) *Reflexiones sobre el concepto de “gobernanza global” y su impacto en el ámbito jurídico*. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2897/3.pdf> [Consultado: 10-03-2022].
- Sistema de Información Legislativa (n.d.) *Iniciativa que expide la Ley Nacional de Salud Mental, a cargo de la Dip. Leticia Amparano Gámez (PAN)*. Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2017/04/asun_3526762_20170420_1492453429.pdf [Consultado: 20-04-2024].
- Spector, H. (2015). “Derechos Humanos”. En: Fabra Zamora, J. L. y Rodríguez Banco, V. Eds. *Enciclopedia de filosofía y teoría del Derecho*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tobar, S. (2017) *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/organizacion-mundial-de-la-salud-oms> [Consultado: 30-04-2022].
- Trejo García, E. del C. (2005) *El procedimiento interno para la aprobación de un tratado internacional en México*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- United Nations. Human Rights (2021) *¿Qué son los derechos humanos?* Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/what-are-human-rights> [Consultado: 02-12-2021].

United Nations. Human Rights (2022a) *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial> [Consultado: 20-03-2022].

United Nations. Human Rights (2022b) *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights> [Consultado: 20-03-2022].

United Nations. Human Rights (2022c) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights> [Consultado: 20-03-2022].

United Nations. Human Rights (2022d) *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women> [Consultado: 20-03-2022].

United Nations. Human Rights (2022e) *Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading> [Consultado: 20-03-2022].

United Nations. Human Rights (2022f) *Convención de los Derechos del Niño*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child> [Consultado: 20-03-2022].

United Nations. Human Rights (2022g) *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers> [Consultado: 20-03-2022].

United Nations. Human Rights (2022h) *Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-all-persons-enforced> [Consultado: 20-03-2022].

United Nations. Human Rights (2022i) *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities> [Consultado: 20-03-2022].

Universidad de Estudios Avanzados (2020) *Acuerdos Internacionales: ¿Qué son y cuáles son sus tipos?* Disponible en: <https://unea.edu.mx/blog/index.php/acuerdos-internacionales/> [Consultado: 18-03-2022].

Universidad Internacional de Valencia (2018) *Historia de la teoría psicoanalítica*. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/historia-de-la-teoria-psicoanalitica> [Consultado: 10-01-2022].

Urías Horcasitas, B. (2004) "Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)". *Frenia*, 4 (2), pp. 37-67.

Vásquez, J. (2008) *Derechos humanos y salud. Personas con discapacidad mental*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Villamar Nava, Z. (2017) "Gobernanza Global y (su propio) desarrollo", *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, (127), pp. 135-149.

- Wikipedia (2021) *Para (prefijo)*. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Para_\(prefijo\)#:~:text=El%20prefijo%20para%2D%2C%20es%20un,%22al%20margen%20de%20%C3%A9l%22](https://es.wikipedia.org/wiki/Para_(prefijo)#:~:text=El%20prefijo%20para%2D%2C%20es%20un,%22al%20margen%20de%20%C3%A9l%22) [Consultado: 15-03-2022].
- World Health Organization (2021a) *Comprehensive Mental Health. Action Plan 2013-2030*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2021b) *Mental Health Atlas 2020*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2022a) *Derechos humanos y salud*. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> [Consultado: 05-03-2022].
- World Health Organization (2022b) *Perfil de país del Atlas de Salud Mental 2020: Antigua y Barbuda*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/atg.pdf?sfvrsn=54af54c1_6&download=true [Consultado: 09-03-2024].
- World Health Organization (2022c) *Perfil de país del Atlas de Salud Mental 2020: Botswana*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/bwa.pdf?sfvrsn=735f73d2_6&download=true [Consultado: 09-03-2024].
- World Health Organization (2022d) *Perfil de país del Atlas de Salud Mental 2020: Bután*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/btn.pdf?sfvrsn=2bdf0456_4&download=true [Consultado: 09-03-2024].

World Health Organization (2022e) *Perfil de país del Atlas de Salud Mental 2020: Ecuador*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/ecu.pdf?sfvrsn=d9971aec_6&download=true [Consultado: 09-03-2024].

World Health Organization (2022f) *Perfil de país del Atlas de Salud Mental 2020: Francia*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/fra.pdf?sfvrsn=d415922a_6&download=true [Consultado: 09-03-2024].

World Health Organization (2022g) *Perfil de país del Atlas de Salud Mental 2020: Mongolia*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mng.pdf?sfvrsn=baa60a4_4&download=true [Consultado: 09-03-2024].

World Health Organization (2022h) *Perfil de país del Atlas de Salud Mental 2020: Níger*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/ner.pdf?sfvrsn=84542a11_7&download=true [Consultado: 09-03-2024].

World Health Organization (2022i) *Perfil de país del Atlas de Salud Mental 2020: Somalia*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/som.pdf?sfvrsn=d7ac8921_4&download=true [consulta: 09 noviembre 2024].

World Health Organization (2022j) *Perfil de país del Atlas de Salud Mental 2020: México*. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mex.pdf?sfvrsn=d7ac8921_4&download=true

[profiles/mex.pdf?sfvrsn=c3c55383_6&download=true](#) [Consultado: 03-11-2022].