



FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES  
SEDE MÉXICO

Maestría en Gobierno y Asuntos Públicos  
XII Promoción (2014-2016)

**No es solo la ausencia de enfermedad:  
Una mirada al Plan de Acción de Salud  
Mental 2013-2020 desde los derechos humanos**

Tesis para obtener el grado de Maestro en Gobierno y Asuntos Públicos

Autor: Eric Patricio Díaz Mella

Director: Dr. Luis Daniel Vázquez Valencia

Lectoras: Dra. Gloria del Castillo Alemán & Dra. Guillermina Natera Rey

Línea de Investigación: Procesos políticos, representación y democracia

Seminario de Investigación: Análisis de Políticas Públicas

Ciudad de México, Septiembre 2016

Proyecto de investigación patrocinado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología  
(CONACYT)



**FLACSO**  
MEXICO

## Resumen

**Problema:** La presente investigación considera al “Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020” (PASM), propuesto por la Organización Mundial de la Salud, como un instrumento global de política pública en materia de salud mental y tuvo por objetivo evaluar en qué grado el diseño propuesto en el documento cumple con las obligaciones del EBDH, principalmente en lo preventivo. **Método:** Se utilizó el método del *desempaque de derechos* para identificar las obligaciones en materia de derechos humanos, y posteriormente se analizó el contenido del *PASM* considerando las categorías identificadas. **Resultado:** Se pudo constatar que las acciones propuestas por el PASM abordan un 54 % de las obligaciones estatales en materia del derecho a la prevención en salud mental, siendo el área más desarrollada dentro del PASM la relacionada con el sistema de salud, y la menos desarrollada la participación ciudadana (20 %).

**Palabras clave:** políticas públicas, derechos humanos, salud mental, prevención, OMS, plan de acción, DIDH, desempaque

## Abstract

**Problem:** Present work considers OMS’s Mental Health Action Plan 2013-2020 (PASM) as a mental health global public policy instrument, and has the goal to assess how much the proposal helps to fulfill State’s human rights obligations on the issue of mental health’s prevention. **Method:** It uses the human rights unpacking method to identify human rights obligations on mental health prevention issue, and then it analyzes the PASM using the identified categories. **Conclusion:** It was found that the actions proposed by the PASM address 54 % of state obligations on the right to mental health prevention, being the most developed area in the PASM the one related to the health system, and the less-developed that related to citizen participation (20 %).

**Keywords:** public policy, human rights, mental health, prevention, WHO, action plan, IHRL, unpacking rights



**FLACSO**  
MEXICO

*Para Amanda, por encontrarse de un momento a otro enfrentando mis decisiones*

*Para mi familia, y en especial a Adriana, por seguir siendo la mano que está presente  
cuando debo levantarme*

*Para mis compañeras y compañeros de vida, por haber sido siempre un abrazo al corazón  
cuando requiero cobijo y compañía*

*Para mi Valparaíso 202, por haberme dado un proyecto con sentido y las herramientas  
para construirlo*

*Para Claudia, Yaya y Lara, por cada día compartido; por la compañía y la orientación*

## Agradecimientos

Luego de dos años en México, la cantidad de merecidos agradecimientos se han acumulado día tras día. El primero que deseo expresar va dirigido a quienes me dirigieron, Luis Daniel Vázquez, Gloria del Castillo y Guillermina Natera, quienes se dieron el trabajo y tuvieron la paciencia de acompañarme en este proceso. Gracias por orientarme en este campo que, resultándome absolutamente novedoso, se abrió de tal forma ante mi que en muchas ocasiones debí ir más lento de lo esperado para asimilar los conocimientos.

En este mismo sentido, quisiera también agradecer a todo el equipo académico de Flacso México, y en especial de mi maestría, por la permanente disponibilidad a colaborar en lo que a su alcance se encontraba para fortalecer nuestro proceso de formación. Un agradecimiento especial a Rodrigo Salazar, Coordinador de la MGyAP, por su disposición permanente a acompañarnos y escuchar cada una de nuestras ocurrencias, y apoyarnos cuando éstas tuvieron sentido.

Como no sólo de academia se hace la maestría, me parece importantísimo reconocer el trabajo del personal no académico de la institución, quienes desde sus particulares tareas convierten nuestro paso por Flacso en algo aún más agradable. No es poca cosa poder disfrutar del cuidado y limpieza de los espacios; saber que existe la disposición para facilitar y orientarnos en los procedimientos formales administrativos necesarios (que tanto trabajo me cuestan); tener certeza de contar con todas las facilidades para acceder a los

recursos bibliográficos y tecnológicos necesarios para desarrollar investigaciones de la más alta calidad; e incluso de las comidas y el café (este último que finalmente, y a pesar de todo, incluso extraño). Agradecer a Flacso México es agradecer también a cada una de esas personas que dan soporte directo o indirecto a la investigación y formación profesional.

Me resulta fundamental agradecer al equipo de la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Si bien en más de una ocasión me pareció una no tan buena idea ocupar el poco tiempo que me dejaban los estudios en realizar una pasantía, fue con mucho una de las experiencias más significativas que tuve en México durante los dos años de maestría. Les agradezco por brindarme la oportunidad de colaborar con un equipo del más alto nivel profesional, pero sobre todo del más alto nivel de compromiso social. Gracias por ayudarme a ver el impacto potencial de enfocar mi esfuerzo y energía en un área cuyo fin es apostar por la dignidad humana. Gracias ofrecerme un sentido para lo que he comenzado a estudiar.

A propósito de esto último, no puedo dejar de agradecer a México y su gente. Ha sido una fuerte pero hermosa experiencia la de aprender sobre políticas públicas y derechos humanos en estas tierras, y espero que la vida me brinde la oportunidad de compensar su hospitalidad.

Finalmente, el mayor agradecimiento se lo debo a quienes durante los dos últimos años se convirtieron en mi soporte; a todas las personas con quienes aprendí a compartir los momentos alegres y difíciles. Muy especialmente a

Claudia, quien me entregó su corazón convirtiéndose en mi compañera, al tiempo que puso a mi disposición todos sus conocimientos. Sin ella como parte de mi historia, otro yo estaría aquí. Gracias por tanto.



# Índice

Introducción	xi
<b>1. Las <i>policy sciences</i>: Problemas, alternativas y decisiones</b>	<b>1</b>
1.1. La ruta de los ocho pasos . . . . .	3
1.2. El problema de la prevención en salud mental . . . . .	5
1.2.1. La ubicuidad de la salud mental . . . . .	7
1.2.2. Las dimensiones de la prevención en salud mental . . . . .	12
1.2.3. Líneas de acción para la prevención en salud mental . . . . .	20
1.3. Salud pública y salud global: Políticas públicas sin límites . . . . .	22
1.3.1. La OMS: Información y evidencia para la salud mental . . . . .	26
1.3.2. El Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 . . . . .	33
1.4. Algunas conclusiones parciales . . . . .	38
<b>2. Políticas públicas de salud mental y el Enfoque Basado en los Derechos Humanos</b>	<b>41</b>
2.1. El Derecho Internacional de Derechos Humanos (DIDH) y las obligaciones del Estado . . . . .	43
2.2. El desempaque de derechos . . . . .	48
2.2.1. El derecho a la prevención en salud mental . . . . .	49
2.3. Un estándar del derecho a la prevención en salud mental . . . . .	56
2.3.1. Subderecho a un sistema de protección de salud que brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud . . . . .	56
2.3.2. Subderecho a disfrutar de condiciones de vida adecuadas . . . . .	60
2.3.3. Subderecho a gozar de condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente . . . . .	61
2.3.4. Subderecho a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud . . . . .	62
2.3.5. Subderecho a la participación en las decisiones relacionadas con salud . . . . .	64
2.4. Elementos transversales en el derecho a la prevención en salud mental . . . . .	65
2.4.1. Principio de Igualdad y no Discriminación: ¿Quiénes son, o han sido, especialmente vulnerables o vulnerados en relación con el ejercicio de sus derechos? . . . . .	66
2.4.2. Perspectiva de Género . . . . .	77

2.4.3. Mecanismos de participación en la construcción de las soluciones . . . . .	78
2.5. Por qué utilizar los derechos humanos como unidad de medida	80
<b>3. Evaluación del <i>PASM</i> según el estándar del derecho a la prevención en salud mental</b>	<b>82</b>
3.1. Síntesis de resultados . . . . .	83
3.2. ¿Qué ofrece el plan? . . . . .	85
3.2.1. Subderecho a un sistema de protección de salud que brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud . . . . .	87
3.2.2. Subderecho a disfrutar de condiciones de vida adecuadas	91
3.2.3. Subderecho a gozar de condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente . . . . .	92
3.2.4. Subderecho a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud . . . . .	93
3.2.5. Subderecho a la participación en las decisiones relacionadas con salud . . . . .	94
<b>Conclusiones</b>	<b>96</b>
<b>Referencias</b>	<b>105</b>
<b>Anexos</b>	<b>114</b>
A.1. Matrices analíticas . . . . .	115
A.1.1. Subderecho a un sistema de protección de salud que brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud . . . . .	115
A.1.2. Subderecho a disfrutar de condiciones de vida adecuadas	120
A.1.3. Subderecho a gozar de condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente . . . . .	122
A.1.4. Subderecho a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud . . . . .	124
A.1.5. Subderecho a la participación en las decisiones relacionadas con salud . . . . .	126
A.2. Cuestionario para la evaluación del Estándar en el Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 . . . . .	128
A.3. Cuestionario para la identificación de elementos transversales .	137

## Índice de cuadros

1.	DIMENSIONES DE LA SALUD MENTAL . . . . .	19
2.	INDICADORES DE SALUD MENTAL DE OMS . . . . .	32
3.	PRINCIPALES TRATADOS Y ÓRGANOS DE TRABAJO . . . . .	45

## Índice de figuras

1.	GASTO EN SALUD MENTAL . . . . .	11
2.	ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL V/S INFLUENCIA . . . . .	14
3.	ESQUEMA GENERAL DEL DESEMPAQUE . . . . .	49
4.	ESQUEMA DE EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD . . . . .	51
5.	DESEMPAQUE DEL DERECHO A LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL . . . . .	55
6.	APORTE DEL PASM AL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES .	84
7.	PARTES EN EL PROTOCOLO FACULTATIVO DEL PIDESC . .	101

## Introducción

Las políticas públicas ya no parecen estar limitadas por la geografía. Las fronteras geográficas de los Estados pierden valor analítico cuando intentamos comprender las decisiones de los distintos gobiernos, pues la influencia “exterior” es evidente. La idea de un *cæteris p̄aribus* pierde sentido cuando, ciertamente, aquello que deseamos considerar constante no lo es, ni mucho menos controlable.

En este contexto, parece necesario ampliar el enfoque de políticas públicas hacia un contexto de análisis más integral, considerando aquellas variables que día tras día cobran más influencia en las decisiones públicas como son los derechos. La soberanía Westfaliana, que tanto tiempo ha predominado en las explicaciones sobre el Estado, no ofrece una aproximación real al nuevo Estado, cuyas fronteras son cada día más permeables en todos los ámbitos (Krasner, 2001). El influjo de experiencia e información exterior genera amplios desafíos a la acción Estatal, los cuáles no siempre provienen de los mismos actores, y por tanto, no están coordinados. En el presente trabajo desarrollaremos un análisis de políticas siguiendo el camino de 8 pasos propuesto por Bardach (1998) para observar el Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 (PASM) como una alternativa de política pública, la que evaluaremos desde el enfoque de derechos humanos para determinar qué aspectos de la prevención en salud mental cubre la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (*OMS*), y cuáles quedan fuera de su ámbito de acción.

En este sentido, el objetivo general de la presente investigación fue determinar cuánto se acerca el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (PASM) a incorporar las exigencias del Derecho Internacional de Derechos Humanos (*DIDH*) en las acciones propuestas. Esto supuso los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar las obligaciones del Estado en materia de derecho a la prevención en salud mental.
2. Analizar el PASM a partir de las obligaciones identificadas en el estándar de derecho a la prevención en salud mental.

En el Capítulo 1 se realiza una aproximación a la definición del problema de la prevención en salud mental, procurando considerar sus complejidades como labor Estatal. Se destaca la importancia de que los estándares internacionales indican que un abordaje integral de este asunto requiere el desarrollo de acciones que promuevan “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”<sup>1</sup>. En este sentido, se enfatiza que las obligaciones estatales respecto a la salud mental no se limitan a atender las cuestiones médicas y requieren enfocarse en ámbitos preventivos.

---

<sup>1</sup>Fragmento de la definición de salud mental propuesta por la Organización Mundial de la Salud, disponible en múltiples documentos de la institución, así como en el sitio web de la misma ([http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/))

Para efectos de esta investigación, hemos considerado la prevención en salud mental como un asunto de interés global que ha sido caracterizado y construido como problema público si bien desde distintos enfoques, con prevalencia del Enfoque de Salud Pública (ESP), el que se ha convertido en la principal fuente de desarrollo conceptual en el tema durante las últimas décadas.

Considerándolo como una política pública global en materia de salud mental desarrollada desde el enfoque de salud pública, con fuerte incidencia en las políticas públicas locales, tomamos el “Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020” (PASM) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para preguntarnos cómo aborda las dimensiones de la prevención en salud mental. Después de analizar su evolución y líneas de políticas propuestas, identificamos que las soluciones ofertadas en materia preventiva, no obstante necesarias, resultan insuficientes.

En el Capítulo 2, se desarrolla el Enfoque Basado en Derechos Humanos (*EBDH*) como alternativa metodológica para comprender y ampliar la mirada en lo relativo a prevención en salud mental, y por tanto también para orientar la evaluación del PASM. Con la ayuda del método del “*desempaquetado de derechos*”, se indagó las obligaciones generales de garantizar y proteger el derecho en sus distintos *Elementos Institucionales* (disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad) para cinco subderechos:

- Subderecho a un sistema de protección de salud que brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud

- Subderecho a disfrutar de condiciones de vida adecuadas
- Subderecho a gozar de condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente
- Subderecho a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud
- Subderecho a la participación en las decisiones relacionadas con salud

Se identificó además el Principio de Igualdad y no discriminación, la Perspectiva de género y los Mecanismos de Participación como elementos transversales. Advirtiéndose que el EBDH aborda de forma íntegra las dimensiones de la salud mental, y por tanto, su utilidad como guía y validez como alternativa, se traducen la matriz conceptual de este primer análisis en dos cuestionarios que se constituyeron como el criterio de evaluación de la implementación del PASM. Con ello se sustenta la utilidad del EBDH como guía y alternativa para ampliar la mirada sobre la prevención en salud mental con respecto al enfoque de salud pública.

A este punto, habiendo definido el problema de la prevención en salud mental identificando las variables que en él inciden, habiendo instalado las herramientas del EBDH como alternativas de políticas, y habiendo definido a partir de lo anterior los criterios para la evaluación, se realiza en el Capítulo 3 la aplicación del instrumento desarrollado en el Capítulo 2 al análisis de los contenidos del PASM. Los resultados son expuestos por subderecho, pudiéndose observar que, si bien el PASM detalla en profundidad la necesidad

de un sistema de protección de salud que resguarde a la persona, su foco se orienta preferentemente a cuestiones de recursos económicos, humanos y de infraestructura, mientras que aborda superficialmente aquellas relacionadas con los determinantes sociales, y de forma casi nula aquellas relacionadas con participación y educación en salud. La exposición visibiliza aquello a lo que se renuncia de no considerar las dimensiones provistas por el EBDH.

En el Capítulo 3.2.5, se desarrolla algunas reflexiones sobre la importancia de la correcta definición del problema de la salud mental, así como la utilidad de los derechos humanos como herramienta analítica complementaria, e incluso necesaria, en el abordaje de la prevención en salud mental, por cuanto provee elementos para reconocer los determinantes de la salud con una profundidad de la que no dispone el enfoque de salud. Finalmente, se señalan los aspectos para los cuales el PASM no ofrece solución, y que por tanto requieren el desarrollo de otros instrumentos de política pública que le complementen.



## 1. Las *policy sciences*: Problemas, alternativas y decisiones

Desde los textos fundadores del enfoque escritos por Harold Lasswell (1970; 1971; 1992), la propuesta metodológica de las *ciencias de políticas* del autor ofrecía la incorporación de las herramientas de distintas disciplinas en un proceso de análisis y decisión conjunto, integral, que “perfeccionara la función de inteligencia en nuestra sociedad” (Lasswell, 2003:72). No obstante, esta mirada integradora no parece haber tenido un espacio de desarrollo muy profundo, dando pie a la división entre estudios de políticas y el análisis de políticas, dos rutas analíticas con objetivos, métodos y alcances distintos (Del Castillo, 2014).

La salud mental es uno de esos problemas de abordaje complejo que requiere integración disciplinar; de aquellos que tienen tantos flancos, que se vuelve imposible ofrecer una solución definitiva. Esta clase de problemas mutables, sin una regla de detención, que Rittel y Webber (1973) denominaron como *wicked problems*, es un motivo para recuperar la visión lasswelliana de las políticas públicas, favoreciendo la integración de un marco comprensivo más amplio para su abordaje. Cada decisión en cuestiones de salud mental genera olas de consecuencias que impactan en los resultados de la política, así como en otros asuntos relacionados, y por supuesto, no hay un conjunto acotado de soluciones.

Por lo anterior, el enfoque preferentemente biomédico que se le ha dado

a la salud mental no parece suficiente para acercarse a una solución aceptable, y ampliar ese espacio es un antiguo desafío de la salud pública (ver Engel, 1977). En efecto, como concluyen Hannigan y Coffey (2011), la complejidad de este campo de políticas parece estar progresivamente necesitando de la incorporación de temáticas tan diversas como la desigualdad, el medioambiente, el deporte, la educación y el crimen entre otros, así como a la integración de actores de otras áreas de conocimiento.

Una de las características que aportan a la complejidad del problema de la prevención en salud mental es el contexto global donde está ubicado. El gran referente entre las instituciones internacionales, es la Organización Mundial de la Salud (OMS), parte del Sistema de Naciones Unidas, cuyo listado de Estados miembros cuenta con 194 nombres. Desde este organismo emergen definiciones y alternativas de solución que se difunden alrededor de tomadores y tomadoras de decisión de todo el mundo, quienes encuentran además en el mismo actor la información necesaria para justificar sus decisiones. Algo así como juez y parte: un actor que acota el conjunto de alternativas de política legitimadas por la comunidad internacional.

Es en este escenario que se vuelve interesante y necesario dar algunos pasos atrás en la historia de las políticas públicas, e intentar un abordaje transdisciplinario a la situación de la salud mental en una de sus dimensiones más complejas producto del grado de interconexión con otras áreas: la prevención. Con este objetivo en mente, en las secciones siguientes se explica la ruta propuesta por Bardach (1998), para posteriormente proponer

una alternativa al problema de la prevención en salud mental desarrollada y evaluada de acuerdo a la estructura propuesta por el autor.

## **1.1. La ruta de los ocho pasos**

La ruta de los ocho pasos para el análisis de políticas públicas es una propuesta general de carácter secuencial para orientar la construcción, evaluación y selección de alternativas de solución para problemas públicos. Fue desarrollada por Eugene Bardach (1998:14), profesor emérito de la Universidad de California Berkeley, y consta de ocho pasos:

1. Definir el problema.
2. Reunir evidencia
3. Construir alternativas
4. Seleccionar criterios
5. Proyectar los resultados
6. Confrontar los costos y beneficios
7. Decidir
8. Contar la historia

Esta estructura de pasos iterativa, sugiere un proceso heurístico de resolución de problemas que, a través del ensayo y error, genera aproximaciones sucesivas a soluciones que tienen cada vez mejores resultados.

Si bien el autor sugiere que no todas los pasos son siempre pertinentes, y que el orden de éstos puede variar de acuerdo al problema en cuestión, reconoce que por término general la definición del problema debe ser el punto de partida. Cabe destacar que el objetivo de esta forma de aproximación a la búsqueda de soluciones tiene una intención más bien de recordatorio de tareas identificadas como clave en el proceso de resolución de problemas.

La definición del problema corresponde al momento en que identificamos una situación indeseada y la describimos de tal forma que encontramos una razón para esforzarnos en encontrar una solución, así como también se define el sentido en que se orientará la investigación. Una vez definido el problema, lo que corresponde hacer es reunir evidencia que permita dimensionarlo de tal forma que podamos valorar la gravedad de éste. Entender los elementos más importantes del problema, y la forma en que se manifiesta, nos permitirá avanzar hacia el paso tres: identificar y construir alternativas de solución para nuestro problema. La construcción de alternativas se refiere a la selección de las posibles estrategias de intervención que permitirían solucionar o disminuir las consecuencias negativas del problema abordado.

Los primeros tres pasos ponen al analista en posición de someter a prueba las alternativas identificadas. El siguiente paso será, según el autor, definir los criterios mediante los cuales se evaluarán las alternativas, que corresponderán a las variables de resultado sobre las cuales serán comparadas las alternativas. Una vez hecho esto, el analista avanzará al paso cinco proyectando los resultados esperados de cada alternativa diseñada, completando así la infor-

mación necesaria para decidir sobre la base de la confrontación de los costos y beneficios de cada alternativa. Como consecuencia de esto, el analista ya puede decidir qué alternativa es, de acuerdo a la definición propuesta y los criterios de evaluación establecidos, la más adecuada (paso siete).

El último paso es, por supuesto, transmitir el resultado de este proceso de tal forma que se logre explicar las ventajas de la alternativa seleccionada frente a las otras.

Los pasos explicados son la clave con que se desarrollan los apartados que encontrará a continuación, iniciando con una definición del problema de la prevención en salud mental, siguiendo con la recolección de información que nos permitirá dimensionar el problema, y continuando con los demás pasos en los capítulos posteriores.

## **1.2. El problema de la prevención en salud mental**

La definición de salud que predomina actualmente es la de OMS, quien la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014:1). Es posible notar que la definición propuesta tiene alcances mayores que la simple atención y recuperación de las enfermedades <sup>2</sup>, a la par que aporta elementos a la definición de salud mental. Esta dimensión positiva de salud se recoge también en el concepto de salud mental, respecto del cual OMS (2013b) dice

---

<sup>2</sup>Se resalta este punto puesto que, como veremos más adelante, pareciera ser que la atención de salud más allá de la enfermedad es una deuda que aún no se aborda

que es “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Es evidente que las capacidades señaladas como parte de la salud mental dan cuenta no solo de la ausencia de trastornos psiquiátricos, sino también del desarrollo personal en ámbitos psicoemocionales y socioafectivos, destacándose el trabajo. Ahora bien, el desarrollo de estas capacidades, como cualquier otra, se ve determinada por la educación (formal y no formal) en primer lugar, y un contexto favorable a ese desarrollo en segundo lugar (pero no menos importante)<sup>3</sup>.

Observando lo anterior es fácil intuir que una política pública en materia de salud mental debe, por supuesto, atender a la recuperación de los trastornos mentales, pero también al desarrollo de capacidades y habilidades que fortalezcan a las personas proveyéndolas de herramientas para afrontar las dificultades inherentes a la vida y para buscar de forma autónoma su desarrollo. Podemos entender que dichas acciones, cuya población objetivo no presenta necesariamente trastornos psiquiátricos, se constituyen como prevención. La prevención se entiende como acciones tendientes a evitar el daño producido por, o a disminuir el riesgo de aparición de, una enfermedad (Colimon, 1990:8). De acuerdo con la OMS (1998:13) es necesario distinguir tres niveles de prevención, a saber, *prevención primaria* la que procura evitar

---

<sup>3</sup>Existe amplia literatura disponible respecto del rol de la educación en el desarrollo emocional de las personas, principalmente en las etapas tempranas del desarrollo.

la aparición de una enfermedad, *prevención secundaria y terciaria* aquellas orientadas a disminuir el impacto de una enfermedad ya presente. Puesta esta prevención en la dimensión positiva de la salud, se transforma entonces en medidas de promoción que coadyuven en el desarrollo del mayor nivel posible de bienestar, es decir, la búsqueda de la mayor capacidad posible de las personas para disfrutar y desarrollarse.

### 1.2.1. La ubicuidad de la salud mental

Uno de los motivos que vuelve importante atender a la salud mental y a la prevención en este ámbito, es su ubicuidad. En efecto, es una variable presente en toda actividad humana, y podemos asumir que toda actividad humana tiene impacto directo o indirecto en la salud mental de las personas. Este hecho da cuenta de la importancia y extensión de los problemas relacionados con este asunto. Para entregar una idea más precisa se puede pensar desde las siguientes tres premisas:

**“No hay salud sin salud mental”.** La famosa frase replicada ampliamente en artículos referidos a salud mental <sup>4</sup>, bien representa la imposibilidad de disfrutar del máximo nivel posible de salud si el bienestar psicológico no se encuentra en su óptimo. Por ejemplo, la comorbilidad alta entre enfermeda-

---

<sup>4</sup>La frase textual en inglés “*there’s no health without mental health*” se atribuye al Dr. David Satcher a propósito de su informe del año 1999, “*Mental Health: A report of the Surgeon General*”, en el que destaca con evidencia estadística el vínculo entre la salud física y mental. Una frase similar, “*without mental health there can be no true physical health*”, fue enunciada por el Dr. Brock Chisholm, primer Director General de la OMS

des físicas como el cáncer, diabetes y cardiovasculares, y trastornos mentales como la depresión y la ansiedad. Solo como muestra, hasta el 50% de las personas que sufren de cáncer, sufren también de algún trastorno mental como la depresión o la ansiedad, y es sabido que la depresión aumenta el riesgo de sufrir ataques al corazón (Kolappa, Henderson, y Kishore, 2013). No es posible comprender la salud en ausencia de salud mental, o aislar la salud física de las otras dimensiones de la salud, debido a la gran interdependencia tácita o explícita entre aquellas dimensiones que componen la salud. Por tanto la salud mental está presente en todos los fenómenos relacionados con la salud.

**La salud mental es un factor en toda situación.** Cual sistema abierto, la salud mental de las personas se ve afectada por los cambios producidos en el entorno. Es fácil verlo en los contextos de crisis provocadas por los desastres naturales o los conflictos armados, puesto que la reacción a la inseguridad y el riesgo vital se vuelve evidente transformándose en trastornos psiquiátricos. Las y los autores Peña, Espíndola, Cardoso, y González (2007) identifican las consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la guerra para distintos grupos de población, destacando en niños y niñas la agresividad, ansiedad, depresión y retraso escolar, los que se ven agravados en mujeres, generalmente víctimas de violaciones y tortura sexual; en personal de ejército, luego de su participación en zonas de conflicto, es común observar abuso y dependencia del alcohol, así como conducta violenta, o presencia del *Síndrome de la Guerra*



*del Golfo*, un conjunto sintomatológico que incluye dolor crónico, fatiga, depresión y problemas de memoria entre otros, y por supuesto la aparición del *trastorno de estrés postraumático (PTSD)*. Pero aunque en las situaciones de conflicto grave es evidente, las crisis que consideramos comunes también tienen efectos en la salud mental de las personas. España, por ejemplo, sufrió de un alza considerable en la consulta médica y el consumo de medicamentos, derivado de la crisis económica de 2008, identificando a través del sistema médico el incremento de los trastornos adaptativos relacionados con la situación económica y el desempleo, el estrés y debilitamiento del sistema inmunológico, reacciones somáticas (insomnio, lumbalgias, cefaleas, etc.), y del consumo de psicofármacos ansiolíticos y antidepresivos (Moya, Anguera, de Armas, y Catalán, 2014). Cuando la vida cotidiana se llena de factores de riesgo como el desempleo o el empleo precario, la pobreza, la violencia e inseguridad o la interrupción de los estudios, por ejemplo, las condiciones están dadas para que la salud mental transite hacia la enfermedad y el trastorno. Por tanto la salud mental es una variable que se ve afectada por todas las situaciones que alteran las condiciones de la relación de las personas con su contexto.

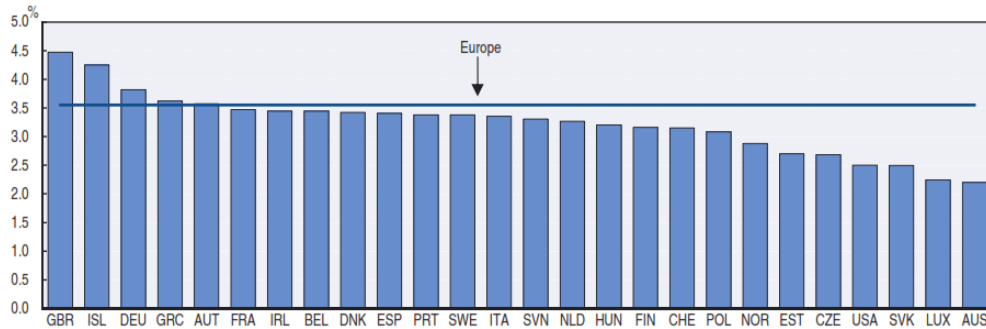
**La salud mental es un asunto en todo lugar.** Finalmente, y sin lugar a dudas, para casi cualquier Estado la salud mental de su población es un asunto de política pública, ya sea por consecuencia de la acción en el sector salud en general, o por tener alguna política, plan o legislación dedicada ex-

clusivamente al área. OMS reporta que hasta el 71.98 % de los países dispone de un plan de acción<sup>5</sup> dedicado a nuestra área de interés, y ha dedicado esfuerzos para que dicha cifra aumente. Hay ciertos aspectos de la salud mental a los que se ha prestado más atención que otros, como por ejemplo el consumo de droga que es una preocupación global y que ha involucrado no solo a muchos países sino también a *actores globales* no gubernamentales (Alimi, 2015a, 2015b), no obstante, estos últimos años la carga por trastornos mentales en el presupuesto público, o el efecto de los trastornos en la productividad económica a cobrado relevancia llevando los temas de salud mental al espacio global a través de nuevas preocupaciones. Uno de estos esfuerzos por cuantificar el impacto de la sub-atención de la salud mental en las políticas públicas es el informe de la OECD (2015), en que se estima el costo que tiene para la economía del país (ver Figura 1), entrega información sobre los países de la OCDE, y deja entrever el carácter global también en lo geográfico de los asuntos de salud mental.

---

<sup>5</sup>Cálculos realizados según los datos para el año 2011 proporcionados por OMS, obtenidos del “Global Health Observatory data repository”, sección Mental Health Governance. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHPOLFIN?lang=en> [Consultado el 22 de julio de 2016]

Figura 1: GASTO EN SALUD MENTAL



Descripción: Costos de los trastornos mentales como porcentaje del PIB del país según datos de 2010. La línea marca el promedio para Europa que se ubica alrededor del 3.5 %.

*Fuente: OECD (2015)*

Aceptar las premisas anteriores significa que no es posible omitir la salud mental de la agenda pública sin abandonar un área de oportunidad importante para el bienestar de la población. Sería incluso negligente. Ahora bien, no es necesario esperar la catástrofe para actuar, y por tanto la prevención en salud mental es, al igual que lo es en los temas de salud física, acción fundamental para propiciar el bienestar de la población evitando la aparición o profundización de los problemas sanitarios. Dada la ubicuidad del problema, prevenir requiere considerar acciones en una gran diversidad de espacios: en todos los aspectos de la salud, en todas las situaciones que afecten el contexto en que se desarrollan las personas, y en toda ubicación territorial. Pero ¿qué hacer en esos espacios?, ¿cómo actuar?. Identificar las dimensiones (elementos, atributos, o variables constitutivas si se quiere) de la salud mental nos puede dar una guía de qué se debe atender para prevenir en salud mental.

### 1.2.2. Las dimensiones de la prevención en salud mental

Una forma de abordar la prevención en materia de salud mental ha sido tomar medidas sobre aquellas condiciones que facilitan la presencia de una enfermedad, o que inciden en las consecuencias de la misma si ésta ya está presente. Estas condiciones que inciden en el desarrollo del continuo salud-enfermedad son llamadas *factores de riesgo* si favorecen un curso negativo, y *factores protectores* si favorecen un curso positivo para la persona.

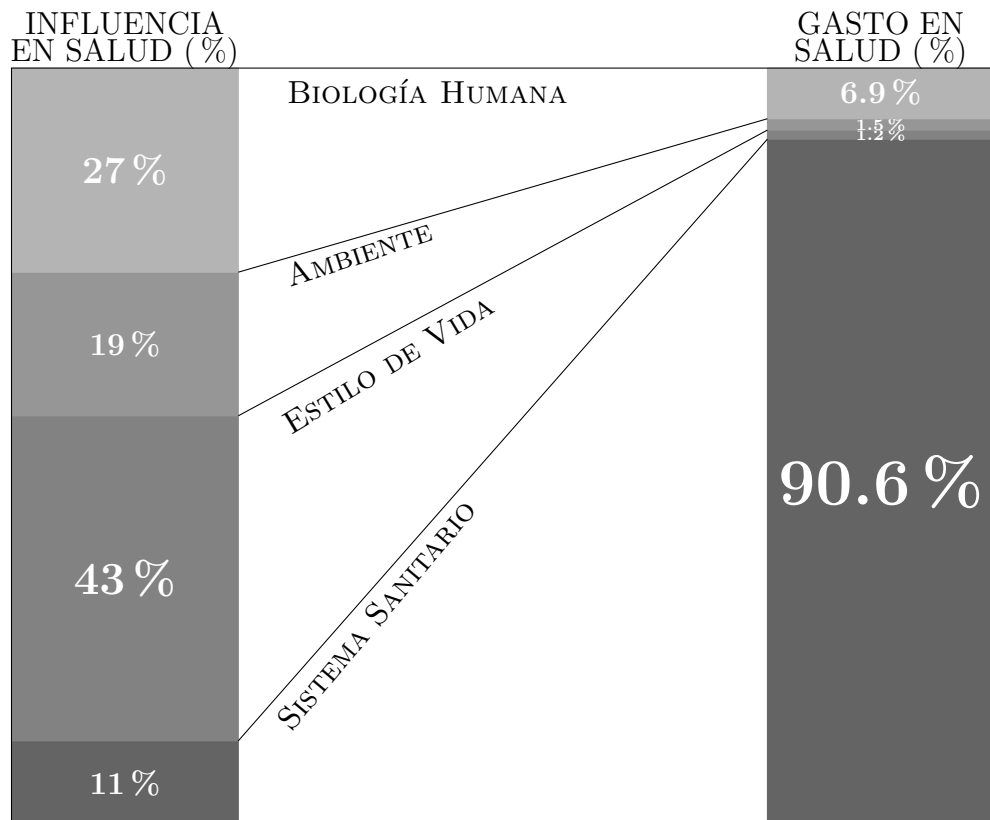
Estos factores que determinan el curso del continuo salud-enfermedad, los podemos agrupar de acuerdo a su origen en conjuntos analíticos. OMS (2004:23-24) ofrece comprender los factores agrupados en determinantes individuales, familiares, sociales, ambientales y económicos como una forma de orientar las acciones de política pública relacionadas con salud mental, dada la evidencia disponible. Estos grupos de determinantes se constituyen en dimensiones de la salud mental susceptibles de ser abordadas por las políticas públicas orientadas a la prevención. Si sabemos, por ejemplo, que la educación o las condiciones laborales son determinantes, es decir, que tienen un alto impacto en el desarrollo de la capacidad de las personas para afrontar la vida, entonces tenemos una dimensión en la que es posible realizar acciones que contribuyan a fortalecer la salud.

La idea de identificar dimensiones de la salud ha pasado por un desarrollo histórico que vale la pena referenciar para comprender de mejor forma lo que enunciaremos como determinantes de la salud. La identificación de estos determinantes provee la base analítica sobre la que se debe abordar las acciones

de prevención en salud mental.

**Los determinantes de la salud.** Uno de los primeros esfuerzos por incorporar la idea de determinantes de la salud en la orientación de las políticas públicas del sector fue el de Lalonde (1974), cuyo informe “Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses” proponía, desde su rol como Ministro de Salud y Bienestar Social, la reorientación de las políticas públicas de salud hacia la prevención considerando lo que él llamó *campos de salud*, que consideraba a la biología humana, el medioambiente y el estilo de vida tan relevantes como el sistema de protección mismo. De hecho, uno de sus hallazgos da cuenta del poco impacto que tiene la organización del sistema de salud en comparación con los otros campos. Dos años después de la presentación del informe, Dever (1976) estima que no obstante el 90 % del gasto federal en salud se asigna al desarrollo y funcionamiento de los sistemas de salud, este campo solo representa el 11 % de la influencia en la tasa de mortalidad (ver Figura 2).

Figura 2: ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL V/S INFLUENCIA



Descripción: Comparación del porcentaje del presupuesto federal de salud asignado por *campo de salud* en Canadá al año 1976, con el porcentaje de incidencia de dicho campo en la salud de acuerdo con el modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud propuesto por Lalonde (1974).

Fuente: Dever (1976)

**La Carta de Ottawa.** En 1978 tiene lugar en Kasajstan la Declaración de Almá-Atá sobre Atención Primaria de Salud, donde se reconocía la importancia de la igualdad en salud, entendiéndosela como un asunto de interés

socio-económico, cobrando importancia además elementos como la participación ciudadana, la educación, alimentación, el agua potable, la vivienda y la prevención, entre algunos otros. Ocho años después, en la ciudad de Ottawa, Canadá, se realiza en noviembre de 1986 la primera *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*, la cual termina en la publicación de la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.

El documento rescata las conclusiones de la declaración anterior, sosteniendo la importancia de los factores ya mencionados, aunque centra su atención en las cuestiones preventivas y de promoción de la salud. A este respecto, pone énfasis en el desarrollo de políticas públicas sanas actuando sobre la legislación, medidas fiscales, el sistema tributario y la organización del servicio público, sugiriendo la salud como un enfoque transversal centrado en el bienestar de las personas. Un interesante acercamiento realizan las autoridades de la época en la Carta de Ottawa al mencionar el ocio, además del trabajo, como fuente de salud. Amplía su atención a elementos como el urbanismo, la tecnología, la energía, la producción, y fuertemente al medio ambiente. Hacia el final, la carta dedica tres apartados a identificar la importancia de la “participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud”; del desarrollo de aptitudes personales que incrementen las opciones disponibles para el ejercicio del control sobre la propia salud; y la reorientación de los servicios sanitarios en coherencia con la propuesta de prevención desarrollada, y con

énfasis en la intersectorialidad.

**La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.** En marzo de 2005, la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH por su nombre en inglés) la cuál tenía por objetivo el estudio de los factores sociales que favorecían la enfermedad, así como también las desigualdades en salud. Tres años después de su formación, la CSDH (2008) terminó su trabajo con la entrega de un contundente informe de 17 capítulos donde aborda la importancia de las condiciones de vida, así como de las políticas públicas de salud y la igualdad requerida en éstas, incluyendo una perspectiva de género, la participación de la gente en los distintos momentos de la política, la importancia de la colaboración global, y del desarrollo de conocimiento en esta área.

Además de desarrollar en extenso la importancia de los determinantes sociales y destacar algunos como la educación, los ambientales (condiciones de vida, planificación urbana, y medioambiente natural), laborales (participación política de los trabajadores, seguridad y empleo digno) y la protección social a lo largo de la vida, incluye cuestiones novedosas como rescatar la importancia de la igualdad, la participación, la universalidad, el enfoque de género, el financiamiento público justo, la buena gobernanza, e incluso la responsabilidad del mercado.

El trabajo de la CSDH no solo refuerza la necesidad de abordar la salud en ámbitos más amplios que la enfermedad y la importancia de identificar las



dimensiones sociales de la salud, sino propicia también una lectura estructural y amplia de la situación de la salud, entregando información relevante para comprender la salud mental y cómo desarrollar la acción preventiva en este espacio.

Los resultados del trabajo de la Comisión marcan un hito en el esfuerzo de décadas por reorientar la salud hacia su dimensión positiva, y en este sentido, el conjunto de determinantes sociales de la salud recogen los elementos propuestos por Lalonde (1974), Dever (1976), la Declaración de Almá-Atá y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

La construcción del concepto de salud desde Lalonde hasta la CSDH ha sido un proceso importante de avance hacia un enfoque más comprensivo del fenómeno y su abordaje. La propuesta de Marc Lalonde resulta señera en la necesidad de identificar las distintas componentes del problema, y la comparación entre el porcentaje de gasto por determinante y la incidencia real de éstos en la salud da cuenta de una creciente necesidad de la asignación racional de los recursos (y por extensión, de cualquier esfuerzo estatal). La Declaración de Almá-Atá y la Carta de Ottawa dan cuenta de la necesidad de ampliar la mirada de las políticas de salud a nivel global identificando con mayor detalle esos elementos que Lalonde llamó determinantes, y poniendo el acento en la promoción y prevención. Igualdad, participación, alimentación, agua potable, vivienda, educación entre otros, deben ser abordados con acciones en el plano legislativo, fiscal, tributario y ejecutivo, con el objetivo

de incrementar el bienestar de las personas. Todos estos avances, recogidos por la CSDH, son sistematizados y reforzados en lo que hoy es (a juicio personal) la perspectiva más comprensiva disponible en el ámbito de la salud, y por tanto, la que mejor representa las áreas donde debe enfocarse el esfuerzo público.

Cuadro 1: DIMENSIONES DE LA SALUD MENTAL

Factores	Determinantes	Principios
<p><b>De Riesgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso a drogas y alcohol</li> <li>- Desplazamiento forzado</li> <li>- Aislamiento</li> <li>- Falta de educación</li> <li>- Falta de vivienda</li> <li>- Falta de transporte</li> <li>- Nutrición deficiente</li> <li>- Pobreza</li> <li>- Discriminación</li> <li>- Violencia y delincuencia</li> <li>- Desempleo</li> <li>- Trabajo precario</li> </ul> <p><b>Protectores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimiento</li> <li>- Interacción positiva</li> <li>- Participación Social</li> <li>- Tolerancia</li> <li>- Disponibilidad de servicios</li> <li>- Apoyo social</li> <li>- Adaptabilidad</li> <li>- Autonomía</li> <li>- Ejercicio</li> <li>- Autoestima</li> <li>- Apego positivo</li> <li>- Crecimiento socioemocional</li> </ul>	<p>Individuales Familiares Sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educativos</li> <li>- Condiciones de vida</li> <li>- Laborales</li> <li>- Protección Social</li> </ul> <p>Medio Ambientales Económicos</p>	<p>Igualdad Participación Universalidad Gobernanza Género</p>

Descripción: Desde el trabajo de OMS es posible identificar **factores**, **determinantes** y **principios rectores** para la acción pública en salud mental, dando seña de los caminos disponibles para pensar las políticas públicas en este ámbito.

*Fuente: Elaboración propia*

Como resulta lógico, la identificación de dimensiones sobre las cuales trabajar representa no sólo un ejercicio teórico, sino la delimitación de campos de acción para la definición de políticas públicas. Conociendo los elementos de la cadena causal en la que se instala la salud mental se puede actuar para modificar las variables que inciden en el estado de salud de las personas y orientarla hacia lo positivo. En el apartado siguiente podemos ver las líneas de acción que la CSDH recomienda abordar de acuerdo con los determinantes identificados por ella.

### **1.2.3. Líneas de acción para la prevención en salud mental**

Manifestándose en tantas dimensiones, y en tan amplia diversidad de espacios temáticos y geográficos, la complejidad de ofrecer una alternativa de abordaje en cuestiones de salud mental es la oportunidad de tomar acciones desde los diversos frentes. Prevenir en salud mental será atender a las condiciones ofrecidas por el sistema educativo poniendo atención a los recursos disponibles, estrategias pedagógicas y contenidos; será atender a la distribución de servicios en la ciudad, y la accesibilidad de sus espacios; será atender a las condiciones en que trabajadoras y trabajadores desarrollan su actividad laboral y la remuneración que reciben por esta; será atender a la disponibilidad de alimentos, medicamentos, profesionales, alternativas de crecimiento, espacios naturales, descanso, y en fin, todo aquello que favorece en las personas, en lo individual y social, el crecimiento y desarrollo de capacidades.

Entre los resultados de la investigación realizada por la CSDH (2008) se ofrecen tres recomendaciones generales:

1. *Mejorar las condiciones de vida diarias*, entendiendo estas como las circunstancias en las cuales la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece para favorecer el desarrollo de una vida próspera para todos y todas dentro de la sociedad. Considera las condiciones de la primera infancia y escolaridad, las condiciones laborales, la planificación urbana, y las condiciones del medio ambiente natural (CSDH, 2008:49).
2. *Atacar la desigual distribución del poder, dinero y recursos*, entendiendo estos como “los factores estructurales de las condiciones de vida diarias”. Con base en la idea de que la tremenda desigualdad existente no es una condición natural, sino resultado de políticas que la permiten (CSDH, 2008:109).
3. *Medir y entender el problema y evaluar el impacto de la acción*, entendiendo que una fuerza de trabajo bien capacitada, así como una población consciente del rol de los determinantes sociales en salud impacta de manera positiva en la salud de las personas (CSDH, 2008:177).

El detalle de las acciones propuestas por cada recomendación puede ser consultado en el informe, no obstante con lo enunciado hasta ahora es suficiente para observar la relación entre las dimensiones identificadas, su efecto esperado en la salud, y la acción propuesta.

Tenemos hasta acá una definición de prevención en salud mental, así como un análisis de las características de ésta: sus dimensiones, fronteras, ubicación, y algunos actores en el campo. A continuación, revisaremos cómo se ha instalado la prevención en salud mental dentro de las acciones de salud pública con una mirada de política pública global.

### **1.3. Salud pública y salud global: Políticas públicas sin límites**

La acción de OMS, y de su agencia regional para América, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), está orientada bajo el ESP, procurando investigar, planificar y proponer soluciones para toda la población a través de las instituciones de salud de los Estados. Señala un documento de la OPS (2013:47) que la salud pública es:

el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y mantener la salud mental, física y social, además de la rehabilitación ocupacional a través de esfuerzos organizados de la sociedad en sus varios niveles para el saneamiento del ambiente, control de las enfermedades transmisibles, educación en higiene personal, organización de servicios médicos y de enfermería y el desarrollo de la maquinaria social para asegurar a cada ciudadano un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. Se focaliza primariamente en la salud de las poblaciones más que en

individuos (...)

A esta perspectiva colectiva de la salud se le atribuyen once funciones esenciales para su práctica en los países, las que fueron identificadas en 1997 a través de un estudio realizado por OMS (OPS, 2002), que son las siguientes:

1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de la salud
4. Participación de la ciudadanía en salud
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
10. Investigación en salud pública

## 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Es interesante notar que el ESP, como está definido y mandatado, se mantiene en una concepción tan amplia como la de salud y que, como consecuencia de esto, las instituciones que se rigen por sus principios y métodos no ven impedimentos en el enfoque para abordar todas las dimensiones de la salud mental.

En el contexto actual, como se mencionó previamente, la salud mental, así como la mayoría de los asuntos de interés público, está determinada en su definición y abordaje por el contexto global. La concepción de *salud global* expande la mirada de la salud pública ampliando algunos de sus supuestos. Con el enfoque global, la salud pública transita de la consideración de las dimensiones internacionales como asunto de relaciones entre países (Rovere, 1992), llevándola a la dinámica de cambio constante e interdependiente de la sociedad globalizada, donde han ingresado actores no gubernamentales con capacidad de influencia (Franco y Álvarez, 2009). Uno de los promotores y acompañante de este cambio ha sido OMS, que en este reemplazo progresivo de la noción de salud pública internacional por la de salud pública global ha debido cambiar sus estrategias y adaptarse, para no perder su liderazgo en el área, el que se ha visto desafiado por los cambios y los nuevos actores (Brown, Cueto, y Fee, 2006).

Es evidente que esta nueva concepción de salud pública transforma el espacio en que se desarrollan las políticas públicas. Es difícil pensar una política pública que hoy no esté influenciada en alguna medida por el contexto global,



lo que cuestiona en principio la delimitación histórica del enfoque de políticas públicas, la que conceptualmente ha estado atada a la soberanía del Estado y su territorio (Pérez Baltodano, 1997; Stone, 2008). Dada esta interconexión “irrespetuosa” de los límites geográficos que transgrede las soberanías del Estado (Krasner, 2001), tiene sentido hablar de *políticas públicas globales* definidas por Stone y Ladi (2015:840) como “un conjunto de procesos superpuestos pero desarticulados de deliberación y cooperación público-privada entre organizaciones oficiales, del Estado e internacionales y actores no estatales en el establecimiento de normas y agendas comunes para asegurar la distribución de bienes públicos globales o mejorar problemas transnacionales”, y de administración transnacional, que las mismas autoras definen como “regulación, administración e implementación de políticas globales de naturaleza pública por actores públicos y privados operando fuera de los límites y jurisdicción del Estado, pero a menudo en áreas debajo del nivel global”.

Es fácil entender a qué se refieren las autoras con políticas públicas globales y con administración transnacional observando la estructura y funciones de OMS. Su amplia presencia mundial, su capacidad de difusión de información, de vinculación con los más altos niveles políticos de cada país le proveen de un propicio escenario para la incidencia. Si bien no dispone de facultades para obligar a los tomadores de decisión locales a asumir sus lineamientos, sí posee mecanismos de seguimiento a la implementación de sus programas y requerimientos técnicos a nivel nacional, acción que realiza en colaboración con instituciones locales (academia, institutos de salud, etc.). Esta posición

es la que nos lleva a mirar la OMS y su “*Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*”, considerándolos objeto de estudio de políticas públicas para someterlos a análisis.

Profundizaremos en el rol de la organización y el documento mencionado en los apartados siguientes, y se procurará identificar qué aspectos del problema de la prevención en salud mental aborda el PASM.

### **1.3.1. La OMS: Información y evidencia para la salud mental**

Aunque difícilmente es desconocida, OMS es un organismo no gubernamental, internacional, con presencia e influencia en 194 países de todo el mundo, que desarrolla seis ejes de acción en el cumplimiento de su labor como “autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de Naciones Unidas”, a saber:

- ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
- determinar las líneas de investigación y estimular la producción de conocimientos valiosos, así como la traducción y divulgación del correspondiente material informativo;
- definir normas y patrones, promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
- formular opciones de política que aúnen principios éticos y fundamento científico;

- prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera; y
- seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Sobre este último punto, OMS ha desarrollado un repositorio de datos con información de todos los países miembros, disponible en su portal web, el *Global Health Observatory*. Aquí se puede encontrar la información que OMS colecta respecto de salud mental, la que dispone de cuatro categorías de indicadores identificadas como “Gobernanza en Salud Mental”, “Recursos Humanos”, “Disponibilidad de Servicios de Salud Mental” y “Tasas de Suicidio”. Es interesante atender a este punto por cuanto, dada la definición de salud mental provista por la misma organización, no parece haber indicadores que permitan determinar el nivel de consciencia de los individuos respecto de sus propias capacidades, la capacidad de los individuos de afrontar las tensiones normales de la vida, de trabajar de forma productiva, o su capacidad de contribución a la comunidad. Evidentemente los indicadores provistos por OMS están centrados en la capacidad de los sistemas de salud para proveer mecanismos para la recuperación de trastornos, es decir, centrados en la enfermedad, que como se ha explicado determinan en menor cuantía la situación de salud de las personas.

Sumando a lo anterior, es posible observar que a pesar de los esfuerzos de décadas, la salud mental continúa siendo el pariente pobre de la salud

pública. Según los datos disponibles en el sitio web de OMS, el promedio de gasto de gobierno en salud mental como porcentaje del gasto total en salud con datos de 2011 fue de 3.44 %, variando ampliamente entre países desde un 12.91 % de Francia a un 0.01 % en Zimbawe. Los mismos datos señalan que solo el 58.79 % de los países tienen legislación dedicada a salud mental, que solo el 60.44 % dispone de una política de salud mental, y que solo el 71,98 % dispone de un plan de acción en el sector . La situación presupuestal mundial al año 2001 ya destacaba la carencia de recursos en esta área, teniendo como ejemplo que el 36.3 % de los países que informaron su gasto en salud mental, gastaron menos del 1 % de su presupuesto de salud en salud mental, mientras que la recomendación ubicaba esta cifra entre el 5 % y el 15 % (OMS, 2001:20). Diez años más tarde, en 2011, de los países que informaron su gasto en salud mental, el 21.79 % aún destinaba a este rubro menos del 1 % de su gasto total en salud. De hecho, el 74.36 % de los países que informaron ese año asignaban menos del 5 % sugerido.

Las cifras mostradas dan cuenta de una situación global poco auspiciosa para aumentar la atención y mejorar las acciones en materia de prevención en salud mental, toda vez que la atención parece estar centrada en cuestiones de relevancia menor para el problema, y que los esfuerzos materiales representados por la asignación presupuestal son profundamente escasos.

Otro conjunto de datos que nos permite tener un panorama de qué observa OMS, se lee en el portal web de la organización en un artículo que entrega un panorama bastante completo en cuanto a la necesidad de desarrollar con

mayor profundidad los sistemas de atención de salud mental (insistiendo en el sistema de salud), así como en algunos otros documentos de la misma institución. Podremos advertir a través de las cifras que, a pesar de la amplia definición propuesta por OMS para el concepto de salud mental, continuamos frente a un problema eminentemente médico, centrado principalmente en patologías, en el que la prevención tiene una relevancia menor y el desarrollo de capacidades es prácticamente inexistente. Qué nos dice el organismo respecto de la salud:

- i. Se calcula que el 20 % de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales, problemas que figuran entre las principales causas de discapacidad entre los jóvenes, y que no obstante, los recursos asignados son mínimos.
- ii. El 23 % de los años perdidos por discapacidad se deben a trastornos mentales y trastornos ligados al consumo de sustancias.
- iii. Las estimaciones dan cuenta de aproximadamente 16,000,000 de intentos de suicidio al año, de los cuales 800,000 tienen éxito. Es importante relevar que tres cuartas partes de los suicidios se da en países de ingresos bajos y medios.
- iv. Existe una tendencia a que se duplique la incidencia de trastornos mentales después de emergencias tales como catástrofes o guerras.
- v. Además, los trastornos mentales aumentan el riesgo de contraer (y tam-

bién se ve aumentado su riesgo de presentarse ante la presencia de) VIH, enfermedades cardiovasculares y diabetes.

- vi. La posibilidad de estigmatización y discriminación emergida la ignorancia y de sistemas de tratamiento vulneradores, provoca que las personas no soliciten la atención médica necesaria, lo que podría profundizar los cuadros clínicos llevándolos a ser descubiertos cuando su gravedad dificulta la atención.
- vii. El 100 % de los indicadores de la OMS relacionados con salud mental están orientados a la mera existencia de legislación/política/plan, la asignación de recursos profesionales en los sistemas de atención, y la existencia de recursos materiales/infraestructura para la atención (ver Cuadro 2, pág. 32).
- viii. A pesar de lo importante que es la salud mental, y de lo vulnerable que es la población que requiere de su atención, la cantidad de países que tienen legislación en salud mental alcanzan solo 59 %. Así mismo, solo el 60 % tiene una política pública dedicada y solo el 71 % posee un plan de salud mental (OMS, 2011).
- ix. Respecto de estos indicadores, encontramos que del total del presupuesto en salud, el promedio de los recursos asignados a salud mental es solo del 2.82 %, no obstante el sector representa alrededor del 20 % de la carga total de enfermedades.

- x. Los trabajadores presentan alguna enfermedad mental, y que no suspende su actividad laboral muestran una reducción de alrededor del 75 % de su productividad.

Como podemos observar, el avance conceptual de OMS en relación a la relevancia de la prevención y alcances de la salud mental parece no ir de la mano con sus acciones en materia de diagnóstico de la situación. Si bien los indicadores propuestos en el Cuadro 2 dan una idea del compromiso de recursos estatales con la salud mental desde el punto de vista médico, estos evidentemente no incorporan una lectura de las acciones de prevención en salud mental en lo educativo, laboral o medioambiental.

Demos ahora una mirada al *PASM*.

Cuadro 2: INDICADORES DE SALUD MENTAL DE OMS

Categoría	Indicador
Gobernanza en Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gasto de gobierno en salud mental<sup>a</sup></li> <li>– Gasto de gobierno en hospitales psiquiátricos<sup>b</sup></li> <li>– Legislación dedicada a salud mental</li> <li>– Plan nacional de salud mental</li> <li>– Política nacional de salud mental</li> </ul>
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– N° de psiquiatras en salud mental<sup>c</sup></li> <li>– N° de enfermeras en salud mental<sup>c</sup></li> <li>– N° de trabajadores sociales en salud mental<sup>c</sup></li> <li>– N° de psicólogos en salud mental<sup>c</sup></li> </ul>
Disponibilidad de servicios de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hospitales psiquiátricos<sup>c</sup></li> <li>– Unidades de salud mental en hospitales generales<sup>c</sup></li> <li>– Unidades ambulatorias de salud mental<sup>c</sup></li> <li>– Hospitales diurnos de salud mental<sup>c</sup></li> <li>– Comunidades residenciales<sup>c</sup></li> <li>– Camas para salud mental en hospitales generales<sup>c</sup></li> <li>– Camas en comunidades residenciales<sup>c</sup></li> <li>– Camas en hospitales psiquiátricos<sup>c</sup></li> </ul>
Tasas de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tasas de suicidio estandarizadas por edad<sup>c</sup></li> </ul>

*Notas:*

<sup>a</sup> Como porcentaje del gasto total en salud.

<sup>b</sup> Como porcentaje del gasto total en salud mental.

<sup>c</sup> Cantidad disponible por cada 100,000 habitantes.

Descripción: Listado de los indicadores del “Global Health Observatory” para la categoría de Salud Mental disponibles en el sitio web de OMS

Fuente: *Elaboración propia con base en información obtenida del sitio web de OMS*



### 1.3.2. El Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020

Para abordar específicamente los asuntos de salud mental, OMS ha desarrollado el “Plan de acción sobre salud mental 2013-2020”, instando a los Estados Miembros de OMS a que adopten y pongan en práctica las acciones propuestas por éste.

Mediante este documento se vuelve oficial el esfuerzo institucional para trabajar en el período indicado buscando:

“un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones” (OMS, 2013a:10).

(...) Con la finalidad global de mejorar una serie de aspectos relacionados con la salud mental, los que fueron desagregados en 4 objetivos principales, cada uno con sus respectivas metas (OMS, 2013a:12-20).

El documento se estructura de acuerdo a los objetivos, y líneas de acción que se traducen en actividades sugeridas para cada uno de los tres involucrados en el proceso: Estados Miembros, OMS, y Asociados Internacionales y Nacionales. En el caso de los dos primeros, las actividades sugeridas están

agrupadas de acuerdo a las líneas de acción, y en el caso de los Asociados se reconoce su aporte en la forma de actividades transversales que coadyuvan en el desarrollo de las actividades de los otros dos actores.

Los objetivos y metas identificadas emanan de las siguientes áreas de trabajo:

**Liderazgo y gobernanza.** Reconocer la obligación del Estado en el establecimiento y desarrollo de sistemas de protección de la salud que aborden arreglos institucionales, jurídicos y financieros, además de los servicios de atención, es coherente con una mirada integral de la salud mental que la pone a consideración en amplios espacios de decisión. Esta idea se ve reforzada en la invitación al desarrollo de políticas y planes de salud mental en que se involucre también a actores no gubernamentales y la sociedad civil que puedan proveer una perspectiva más amplia de las necesidades en este ámbito, proveyendo acciones más eficaces.

Por lo tanto, el primer objetivo del PASM es “reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental”, fijándose dos metas:

- 1.1: El 80 % de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020)
- 1.2: El 50 % de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020)

**Servicios de asistencia social y de salud.** Por supuesto que necesarios, los servicios de asistencia social y de salud mental deben proveer a la población de acciones para la recuperación de la salud cuando ésta se ve deteriorada. No obstante, la visión propuesta por estos servicios, dentro del objetivo y las acciones sugeridas, está centrada en la enfermedad y la recuperación.

El objetivo declarado para este sector es "proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados, y con capacidad de respuesta", el que será comparado con la siguiente meta:

2.1: La cobertura de servicios para los trastornos mentales graves habrá aumentado en un 20% (para el año 2020)

**Promoción y prevención.** La incorporación de un objetivo especialmente dedicado a la prevención es un gran logro. El objetivo incorpora la noción de protección y fomento del bienestar con una mirada diferenciada según etapa del ciclo de vida, con enfoque de derechos humanos. Favorece el desarrollo del objetivo una mirada amplia donde se mencionan también los determinantes sociales identificados por la Commission on Social Determinants of Health (2008), asumiendo un enfoque global de la salud.

Sobre esta área de trabajo, el PASM busca "poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental", señalando las siguientes dos metas:

3.1: El 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos

programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020)

3.2: Se habrá reducido en un 10 % la tasa de suicidios en los países (para el año 2020)

**Sistemas de información.** Reconoce la necesidad de mejorar la calidad de la información existente, y generar nueva información que permita sustentar de mejor forma la acción de los Estados. Se sugiere la recogida de información sobre prevalencia de trastornos y presencia de factores asociados, así como de algunos determinantes sociales de personas con trastornos mentales.

En atención a lo anterior, el PASM propone "fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental", indicando la siguiente meta:

4.1: El 80 % de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (para el año 2020)

Para el desarrollo de las tareas asociadas a estos objetivos, el programa define su funcionamiento fundamentado en seis principios transversales (OMS, 2013a:10-11) que deben ser observados en las acciones emprendidas:

- i. Cobertura universal
- ii. Derechos Humanos
- iii. Práctica basada en evidencias
- iv. Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital
- v. Enfoque multisectorial
- vi. Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales

Los últimos dos apartados, referidos a OMS y el PASM, exponen lo que podríamos entender como la alternativa vigente en materia de salud mental desde el ámbito global. La estructura de OMS basada en la reunión de actores gubernamentales relevantes del sector salud, de la que participan los 194 Estados Miembros, tiene gran influencia en la agenda pública sobre salud a nivel global y a nivel nacional. A través de esta estructura desempeña diversos roles, entre los cuales está el de stakeholder promoviendo alternativas de política pública a los países, con la respectiva asesoría técnica.

Si el progreso hacia los objetivos en política pública es estimado a través de indicadores, el hecho de que los propuestos por OMS para salud mental (ver Cuadro 2) considere cuestiones relacionadas con los sistemas nacionales de salud en 17 de 18 de éstos, y que el restante observe solo una de las miles de posibles consecuencias de los trastornos mentales, deja ver cierta falta de

coordinación entre la forma en que el discurso institucional define la salud mental, y las acciones emprendidas en este ámbito.

Por su parte, el PASM recupera bastante de los elementos identificados como determinantes de la salud por parte de la CSDH, y proponer explícitamente un objetivo en la promoción y prevención da cuenta de una oportunidad para el problema que aborda este trabajo. No obstante lo anterior, el PASM no es exhaustivo en la traducción de sus definiciones en prácticas concretas, salvo por algunos ejemplos de cómo podrían desarrollarse ciertos elementos.

#### **1.4. Algunas conclusiones parciales**

El ESP es uno de los enfoques posibles para abordar el problema de la salud mental. Su aproximación biomédica al fenómeno de la salud ha venido evolucionando durante las últimas décadas con la incorporación progresiva de perspectivas más amplias dentro de su cuerpo teórico. La inclusión de la idea de determinantes de la salud propuesta en principio por Marc Lalonde, y que se ha desarrollado hasta hoy actualizada por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, tiene aún un gran camino por delante en aplicar esta concepción amplia, interdependiente, compleja y transdisciplinar a las soluciones de política pública.

Se puede observar este conflicto en el retorno permanente a la enfermedad presente en el trabajo de OMS, cuyas acciones han incorporado los conceptos centrales de los determinantes sociales de la salud y de derechos humanos,

pero se mantienen centrados preferentemente en el problema de la recuperación. Bajo esta mirada, la prevención queda circunscrita a la disminución de la prevalencia de trastornos mentales.

Los hechos ponen al problema de la prevención en salud mental como prisionero de la costumbre, en tanto los cambios incrementales de las políticas públicas de salud no han alcanzado a cumplir las metas propuestas hace décadas en relación con la reorientación de los servicios sanitarios; y por otro lado, sigue prisionero del enfoque hegemónico del campo de la salud, o dicho en palabras de De Sousa Santos (2010), permanece sujeta del canon impuesto por las monoculturas del saber y del rigor. Dado este escenario, parece necesario buscar alternativas que permitan renovar o ampliar el repertorio de instrumentos para el abordaje de las políticas públicas en el sector. El *PASM* se ofrece como un instrumento técnicamente correcto, y por supuesto, con énfasis en acciones necesarias de llevar a cabo en cualquier sistema de salud, no obstante esto, nuestra revisión da cuenta de áreas de interés para las cuáles el ESP por sí solo carece de herramientas.

La herramienta que se propone en esta investigación para la prevención en salud mental, y que veremos en el capítulo siguiente, es el enfoque de derechos humanos. Si la prevención en salud mental vista desde el ESP por OMS representa de alguna forma el problema global, abordado por actores globales, promotores de una política pública global, el EBDH, con su cuerpo de exigencias y restricciones a la acción estatal, puede representar la administración transnacional (Krasner, 2001; Stone y Ladi, 2015) que busca desarrollar

el conjunto de mínimos aceptables para el abordaje de la prevención en salud mental como derecho.

Desde este punto de vista, tanto el ESP como el enfoque basado en derechos humanos plantean desafíos al Estado, y su integración podría proveer de una solución más completa que la que entregaría cada uno por sí solo. En el capítulo siguiente se procura realizar los siguientes dos pasos sugeridos por Bardach (1998): perfilaremos el *EBDH* como una alternativa de comprensión y abordaje del problema de la prevención en salud mental, y seleccionaremos los criterios con los cuáles evaluaremos la solución propuesta.



## 2. Políticas públicas de salud mental y el Enfoque Basado en los Derechos Humanos

¿Cómo entender el problema de la prevención en salud mental desde el enfoque basado en los derechos humanos?, y ¿Cómo identificar si los elementos de dicha comprensión son abordados por una política pública? son las preguntas que se busca responder en el presente capítulo en que se pretende mostrar al EBDH como una alternativa para comprender y abordar el tema de esta investigación, así como establecer criterios para acercarnos a responder la pregunta base de este trabajo.

En el capítulo anterior se esbozó a través de los determinantes de la salud las líneas generales que debiera seguir la construcción de un problema público referente a la prevención en salud mental en el ámbito global, y posteriormente se mostró las limitaciones en el enfoque propuesto por OMS a este respecto, así como las del PASM. Ante esto, la incorporación del EBDH puede ser una solución para construir una alternativa de política pública más integral.

Las políticas públicas son ese conjunto de acciones planificadas estratégica y coherentemente, y de cuya ejecución se supone el cumplimiento de un objetivo público. En otras palabras, las políticas públicas son decisiones técnico-políticas pensadas para generar un cambio en lo público. Se trata de buscar la mejor solución posible dadas las restricciones de recursos (cualquiera sea su naturaleza), que en cualquier contexto se asumen como escasos. Cier-

tamente la salud mental no es la excepción si consideramos que el promedio de asignación de recursos a este rubro entre los Estados miembros de OMS asciende al 3.5% del gasto total en salud, y que en muchos países se reporta escasez de trabajadores de la salud, principalmente personal médico y de enfermería.

El asunto que nos queda por resolver es cómo alimentar una política pública con conocimiento útil para abordar un problema de derechos humanos. A esta interrogante, encontramos respuesta en el trabajo de Vázquez y Delaplace (2011). El autor señala que la política pública tiene la función de proveer de los mecanismos para dar cumplimiento a los objetivos, o fines, provistos por el enfoque de derechos humanos (Vázquez y Delaplace, 2011:40). Pues bien, como se señala unos párrafos adelante en el mismo artículo, dos de las características principales de las políticas públicas con enfoque de derechos humanos son la construcción de un sujeto de derechos, es decir, un individuo empoderado, con capacidad de autodeterminación, y el apego a las normas del derecho internacional de derechos humanos, características ambas que tienen por fin último la dignidad humana.

La incorporación del EBDH en la política pública significará entonces la definición del problema público como problema de derechos, y ubicando como fin de las acciones públicas la mayor realización de derechos que coadyuven en el avance hacia mayores niveles de dignidad humana para las personas.

Luego, nuestra búsqueda de una aproximación a la prevención en salud mental debe iniciar por el análisis de las normas internacionales de derechos

humanos en las claves conceptuales que desarrollamos en las secciones que siguen.

## 2.1. El Derecho Internacional de Derechos Humanos (DIDH) y las obligaciones del Estado

El Enfoque Basado en Derechos Humanos propone una aproximación distinta hacia los temas de salud. Su perspectiva normativa se basa en las obligaciones contraídas por el Estado de acuerdo con los tratados internacionales en la materia de interés, que supone la prerrogativa de las personas de exigir de este Estado ciertos bienes y servicios que se consideran necesarios para el ejercicio del derecho. La obligatoriedad de los compromisos se fundamenta en la “Convención de Viena sobre el derecho de los Tratados”<sup>6</sup>, donde se señala que “[t]odo tratado en vigor obliga a las partes y debe ser cumplido por ellas de buena fe”, indicando además que “[u]na parte no podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado” (Organización de las Naciones Unidas, 1969).

La fuente principal del derecho a la salud mental en el Sistema Internacional de Derechos Humanos, como de todos los derechos humanos en este sistema, se encuentra en la llamada “Carta Internacional de Derechos Humanos”, que se conforma por la Declaración Universal de Derechos Humanos, y los Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*PIDESC*), y de Derechos Civiles y Políticos (*PIDCP*). Los dos pactos se

---

<sup>6</sup>Parte III, Sección Primera, apartado de Observancia de los tratados

complementan y profundizan a través de otros 7 tratados dedicados a principios, derechos o grupos, que en conjunto conforman los 9 tratados básicos(O'Donnell, 2012)<sup>7</sup>, y por órganos creados en virtud de esos tratados (ver el Cuadro 3, en pág. 45).

Es importante considerar que los derechos humanos cumplen con ciertos principios. Se consideran universales, inalienables, indivisibles e interdependientes. Son universales en tanto son derechos de todas las personas por igual, e inalienables en tanto no son susceptibles de ser cancelados o renunciados. Son interdependientes por cuanto el ejercicio o violación de uno de los derechos supone el ejercicio o violación de los demás derechos vinculados. Son indivisibles en tanto su goce es posible solo en conjunto.

Un desarrollo bastante completo del derecho a la salud mental se puede encontrar a partir de la Observación General N°14 del Comité DESC, en tanto recoge los elementos centrales del derecho a la salud de los tratados de derechos humanos, ubicando los aspectos relevantes no solo del tratamiento de enfermedades, sino de las áreas complementarias del derecho en cuestión. Esto es pensar desde los principios de indivisibilidad e interdependencia del EBDH, según los cuales las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud posible que los lleve a vivir una vida digna, condiciones que se alcanzan mediante acciones coordinadas que abarcan las cuestiones de salud en interacción con el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo,

---

<sup>7</sup>Desde el año 2013, además entró en vigencia el Protocolo Facultativo del PIDESC, que provee mecanismos de denuncia a víctimas de violaciones de los derechos consagrados en el pacto

Cuadro 3: PRINCIPALES TRATADOS Y ÓRGANOS DE TRABAJO

TRATADO	ÓRGANO DE TRABAJO
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR)
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Comité de Derechos Civiles y Políticos (HCR)
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD)
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación con la Mujer	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	Comité contra la Tortura (CAT)
Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura de la ONU	Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT)
Convención sobre los Derechos del Niño	Comité de los derechos del Niño (CRC)
Convención Internacional sobre la Protección de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares	Comité para la Protección de los Derechos de todos los trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW)
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD)
Convención Internacional para la Protección de todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas	Comité contra las Desapariciones Forzadas (CED)

Descripción: Se presentan los principales tratados internacionales en materia de derechos humanos, y los respectivos órganos de trabajo

Fuente: 20 Claves para conocer y comprender mejor los Derechos Humanos. (OHCHR, 2015)

a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación las que se consideran elementos integrales del derecho a la salud, es decir, no es posible ejercer el derecho a la salud en toda su plenitud si no es de forma simultánea con el ejercicio de cada uno de los derechos indicados.

El EBDH, además de la incorporación de los derechos relacionados, exige de los Estados que las soluciones de política pública consideren una serie de principios transversales de tal forma que no solo las políticas, estrategias, planes y programas deben atender a las obligaciones en materia de derechos humanos en relación con buscar favorecer el ejercicio de derechos, sino que el proceso mismo mediante el cual se construye la alternativa debe ser realizado con enfoque de derechos.

Son elementos transversales aquellos que se consideran en todo momento para construir soluciones que contemplen los efectos diferenciados de sus acciones según grupos de población como principio de igualdad y no discriminación; que favorezcan la presencia de *mecanismos de participación* para los distintos actores de la política pública; que incorporen la *perspectiva de género*; que consideren la *coordinación interinstitucional* (Vázquez y Delaplace, 2011).

El cumplimiento de las obligaciones en materia de derecho a la salud mental está determinado por la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud mental; por la accesibilidad al goce de los be-

neficios de dichos establecimientos, bienes y servicios, sin que esta se vea obstaculizada por motivos distintos de la voluntad de utilizarlos, es decir, con principio de no discriminación, eliminando los impedimentos físicos (distancia geográfica o por discapacidad, por ejemplo) y económicos (como pagos excesivos), además del acceso a la información; por la aceptabilidad de las soluciones propuestas en términos médico-deontológicos y culturales; y por la calidad de los bienes y servicios prestados. Las categorías de “disponibilidad”, “accesibilidad”, “aceptabilidad” y “calidad”, son denominadas como elementos institucionales y su rol es el de informar respecto de las características de las acciones estatales que buscan dar cumplimiento a una obligación de derechos humanos (Serrano y Vázquez, 2013).

En cualquier caso, es evidente que el EBDH es un enfoque cuyo objetivo es el resguardo del ejercicio de derechos de las personas y, por tanto, en cumplimiento del principio universalidad, cabe mencionar que su trabajo se enfoca en todas las personas por igual. Esta perspectiva en la observación del derecho a la salud es una de las principales diferencias con el enfoque de salud pública y salud global, en tanto estos últimos han desarrollado acciones preferentes en el campo de la enfermedad, lo que resulta en un segmento de la población (la población sana) que tiene menor posibilidad de ejercer su derecho a la salud.

## 2.2. El desempaque de derechos

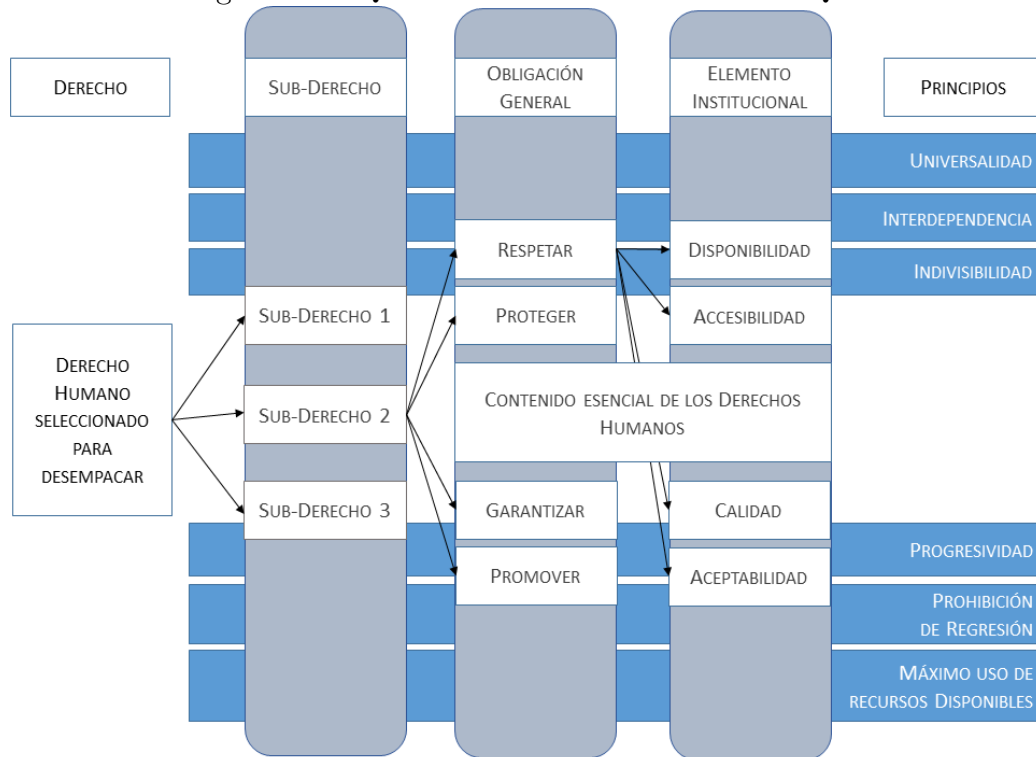
Una forma de abordar la complejidad en la identificación de las obligaciones del Estado frente a los derechos humanos, es el método del desempaque propuesto por Serrano y Vázquez (2013) en su texto “Los derechos en acción: obligaciones y principios de derechos humanos” que, siguiendo la lógica del esquema presentado en la Figura 3, realiza una desagregación sistemática y ordenada de los derechos en subderechos e identifica las obligaciones vinculadas a ellos.

El proceso se realiza mediante un análisis de contenido de las normas internacionales de derechos humanos en las que se codifica el texto utilizando las categorías y subcategorías del marco analítico del EBDH (las columnas de acuerdo con el esquema), para luego reunir todas las obligaciones que pertenecen a las mismas categorías para configurar las obligaciones pertinentes a cada subderecho que constituye el derecho que se está desempacando.

En los apartados siguientes se identifica los instrumentos del DIDH que fundamentan la existencia de un derecho a la prevención en salud mental, así como los subderechos de éste, para posteriormente presentar el conjunto de obligaciones pertinentes a cada subderecho a través del estándar de derecho.



Figura 3: ESQUEMA GENERAL DEL DESEMPAQUE



Descripción: Esquema de integración de los principios y obligaciones en materia de DD.HH. propuesto por en el libro “Derechos en Acción”

Fuente: Serrano y Vázquez (2013:118)

### 2.2.1. El derecho a la prevención en salud mental

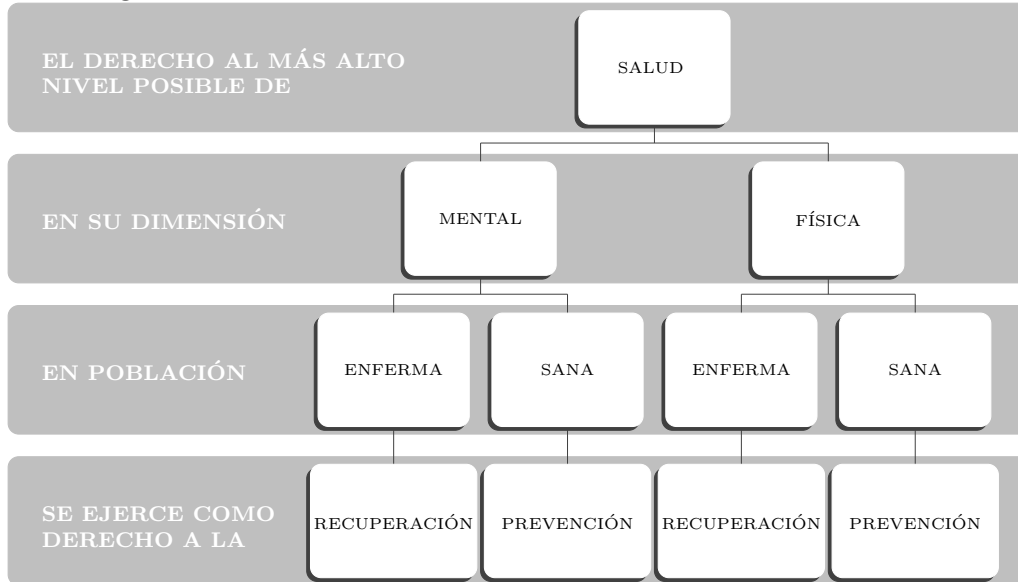
El reconocimiento del derecho de las personas al nivel más alto posible de salud, tanto física como mental, es un derecho no sólo de las personas en situación de enfermedad, sino también de quienes no presentan diagnóstico por trastorno físico o psicológico. Podemos reconocer entonces dos poblaciones claramente diferenciadas en sus necesidades respecto del derecho a la salud:

- Población en situación de enfermedad, como aquella parte de la población que se encuentra aquejada por algún trastorno físico o psicológico; y
- Población sin diagnóstico de enfermedad, como aquel segmento de la población que no se encuentra aquejada por trastorno físico o psicológico alguno

En el caso de las primeras, se vuelve relevante la necesidad de atención médica especializada, y el acceso a tratamientos y medicamentos que ayuden a la superación del trastorno físico y/o psicológico que da origen a la enfermedad. Las medidas que devienen de esta necesidad las entenderemos como acciones en el ámbito de la recuperación.

En el caso de la población sin trastorno físico o psicológico clínicamente significativo, la necesidad relevante respecto del derecho a la salud es la prevención y la promoción que favorezca las condiciones requeridas para avanzar hacia el nivel más alto posible de salud tanto física como mental. Las medidas estatales que devienen de esta necesidad las entenderemos como acciones en el ámbito de la prevención (ver Figura 4).

Figura 4: ESQUEMA DE EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD



Descripción: El diagrama muestra una forma de comprender la situación de las personas respecto del derecho a la salud de acuerdo con su propia situación de salud en la dimensión psicológica o mental, y física.

Fuente: *Elaboración propia*

Aceptando las clasificaciones anteriores, y reconociendo los dos ámbitos en que se manifiesta el derecho a la salud de acuerdo a la normativa internacional, podemos generar una clasificación del derecho a la salud, considerando las necesidades de las personas de acuerdo a su situación, para lo que consideraremos que el derecho al más alto nivel posible de salud mental, considera dos subderechos: el derecho a la recuperación de la salud mental y el derecho a la prevención en salud mental. Nos concentraremos en este último.

Habiendo configurado el derecho a la prevención en salud mental queda identificar cuáles son las obligaciones del Estado respecto de este derecho.

Con este objetivo, siguiendo los pasos considerados en la metodología del desempaque y considerando cada derecho derivado del derecho a la salud como un heredero de las obligaciones de su derecho antecedente, se ha realizado el análisis de contenido de las normativas internacionales en materia de derechos humanos en que se establece o interpreta el derecho a la salud dando como resultado los siguientes instrumentos:

i. *Declaración Universal de Derechos Humanos.*

**“Artículo 25:**

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”

ii. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*  
(Organización de las Naciones Unidas, 1966)

**“Artículo 12:**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

iii. *Observación General 14*

Mención especial requiere la Observación General N°14 del Comité DESC, pues además de incorporar a la reflexión los instrumentos básicos de derechos humanos mencionados en el punto i y ii, los desarrolla en coherencia con las normas internacionales de derechos humanos relacionados. Es así que dentro de su argumentación, invoca normas de la Organización Internacional del Trabajo, la Declaración de Alma-Ata, la Convención de Derechos del Niño y otras Observaciones Generales del Comité DESC en que se abordan

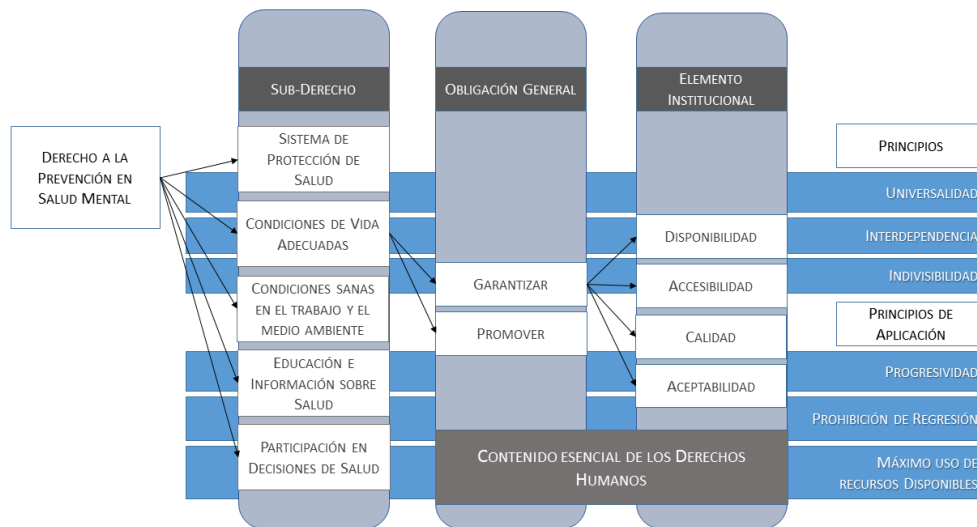
otros derechos. Encontramos en este documento, así como en las definiciones provenientes del *DIDH*, preocupación por muchas de las dimensiones de la prevención en salud mental identificadas en el Capítulo 1.

Del análisis de estos textos, es posible configurar la existencia de cinco subderechos esenciales para la plena efectividad del derecho (ver Figura 5, página 55), y sobre los cuáles se realizó el ejercicio de identificación de obligaciones:

- i. Subderecho a un sistema de protección de salud que brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud
- ii. Subderecho a disfrutar de condiciones de vida adecuadas
- iii. Subderecho a gozar de condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente
- iv. Subderecho a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud
- v. Subderecho a la participación en las decisiones relacionadas con salud

No obstante las obligaciones generales en materia de derechos humanos son cuatro, el presente análisis se realiza sobre las obligaciones de garantizar, es decir, tomar acciones que permitan a las personas el acceso y disfrute del derecho; y promover, que refiere a la adopción de medidas para lograr cambios en la conciencia pública, la percepción, entendimiento o en la capacidad de afrontar un problema. El resultado de la identificación de obligaciones se

Figura 5: DESEMPAQUE DEL DERECHO A LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL



Descripción: Esquema para el desempaque del derecho a la prevención en salud mental. Se muestran los cinco subderechos a desarrollar desde las obligaciones generales de garantizar y promover de acuerdo a las características exigidas por los elementos institucionales.

Fuente: Adaptado de Serrano y Vázquez (2013:118)

synetiza en el apartado siguiente, y la matriz de análisis con la identificación de fuentes se puede consultar en el anexo “Matrices analíticas para la identificación de obligaciones en materia derecho a la prevención en salud mental”, en la sección 3.2.5.

## **2.3. Un estándar del derecho a la prevención en salud mental**

Las matrices construidas a partir del análisis de las normas internacionales relevantes en materia de prevención en salud mental permitieron identificar el conjunto de obligaciones de los Estados parte en la materia. Éstas se presentan narradas a continuación ordenadas por subderecho<sup>8</sup>, reservando una sección para presentar aquello que es esperable a partir de los elementos transversales.

### **2.3.1. Subderecho a un sistema de protección de salud que brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud**

El derecho a un sistema de protección de salud que brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud debe ser garantizado por el Estado a través de acciones de política pública orientadas a que la población disponga de un conjunto de mecanismos coordinados, que además cumplan con ciertas características que favorezcan el cumplimiento del derecho en condiciones mínimas de calidad y aceptabilidad, y para toda la población.

En este sentido, la acción del Estado en materia de salud mental debe

---

<sup>8</sup>Para mayor fluidez en la lectura hemos omitido las referencias a las normas en esta sección, no obstante, se pueden consultar en las matrices adjuntas en los anexos del presente documento.



quedar plasmada en la adopción y aplicación de una política nacional de salud que cuente con los mecanismos necesarios para supervisar el ejercicio equitativo del derecho a la salud en el plano nacional, que considere de forma explícita acciones en el ámbito de la salud mental, identificando el o los organismos encargados de su ejecución.

Los objetivos declarados por el Estado en su política nacional de salud deben hacer uso del máximo uso de recursos disponibles , identificando todos los planos en que sea necesario desarrollar acciones (legislativo, administrativo, presupuestario, judicial, etc.) que permitan el cumplimiento efectivo del derecho a la salud en general, y a la prevención en salud mental en particular, asegurando los recursos necesarios para cumplir efectivamente con las obligaciones que devienen de la normativa internacional en materia de derechos humanos.

Si bien las obligaciones en materia de prevención en salud mental son amplias en sus ámbitos de acción, debe incorporar el sistema de protección de salud mecanismos específicos respecto de esta materia que garanticen que el mencionado sistema de protección reconozca las necesidades de acción en relación con la prevención en salud mental; defina medidas deliberadas y concretas orientadas a dichas necesidades; coordine la acción de los actores involucrados en la ejecución de dichas respuestas; y evalúe los resultados de éstas, con el objetivo principal de ofrecer a la población un acercamiento sostenido y progresivo a la plena realización del derecho a la prevención en salud mental.

El sistema de protección de salud debe adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública coherentes con la política nacional de salud, para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.

Las acciones de prevención en salud mental, por tanto, deben considerar la realización de reconocimientos periódicos para ambos sexos, y considerando la situación de la población, estimar la necesidad de rehabilitación psicológica destinada a mantener la funcionalidad y autonomía de las personas mayores, y para el caso de enfermos crónicos y terminales, estimar la necesidad acciones de prevención secundaria y terciaria que prevengan el agravamiento y/o la minimización del sufrimiento.

Entre las pruebas epidemiológicas se debe considerar aquellas que permitan reconocer de forma permanente la prevalencia e incidencia de trastornos mentales, así como de factores de riesgo biopsicosocial, que coadyuven en las decisiones relacionadas con prevención en salud mental. El sistema de protección de salud, actuando sobre esta información, deberá incorporar mecanismos de acción para el caso de urgencias, y necesidades emergentes en relación con la salud mental que requieran atención temprana.

Existen dos elementos importantes a considerar en la planificación de las acciones relacionadas con la salud, que son la distribución geográfica de la población, así como las características sociodemográficas de esta. Las acciones propuestas por el plan nacional deberán distribuirse de tal forma que ni la distancia geográfica, ni características sociodemográficas, se conviertan en

impedimento para el ejercicio del derecho a la prevención. Considerando lo anterior, la distribución de esfuerzos debe también considerar la distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios ofrecidos.

Para todos los efectos, es importante que las acciones del sistema de protección relacionadas con la prevención en salud mental respeten la ética médica y sean culturalmente apropiados.

Con este objetivo, el Estado debe desarrollar acciones tendientes a la capacitación del personal de salud mental para que este sea capaz de reconocer y ofrecer una respuesta frente a las necesidades específicas a los distintos grupos que utilizan sus servicios, que sean correctas desde el punto de vista deontológico, que no sea contraria a costumbres propias de los grupos sociales, y que esté fundada sobre el conocimiento disponible en materia de salud mental y los derechos humanos.

Toda acción debe, por cierto, ser realizada en instalaciones que ofrezcan condiciones sanitarias apropiadas, y permitan el acceso y participación de personas con limitaciones físicas.

Tanto el reconocimiento epidemiológico como las características sociodemográficas de la población, favorecen la identificación de contextos de salud, que comparten factores generales, y presentan factores específicos, que determinan el ejercicio de la salud mental. Será labor del Estado, a través del sistema de protección de salud de que disponga, identificar claramente dichos factores.

### **2.3.2. Subderecho a disfrutar de condiciones de vida adecuadas**

El sistema de protección de la salud mental provisto por el estado debe considerar acciones que garanticen el acceso a condiciones de vida que permitan a las personas, al menos, la satisfacción de las necesidades básicas que dan sustento al bienestar mental. Podemos pensar en estas necesidades como aquellas que, sin emerger directamente de la dimensión psicológica, se encuentran en un espacio fundamental para gozar de cierta estabilidad emocional; aquellos factores cuya insatisfacción se constituye en un riesgo para la salud mental.

Un elemento fundamental es la seguridad de disfrutar de una alimentación que aporte nutrientes suficientes para el desarrollo integral del ser humano. Para estos efectos no solo basta con que estos alimentos estén disponibles de forma permanente, sino también es necesario que su adquisición no se vea impedida por razones geográficas o económicas.

Entre las condiciones de vida adecuadas podemos considerar también, por ejemplo, la seguridad de contar con una vivienda estable, que cuente con servicios básicos como agua potable, alcantarillado, electricidad, y cercanía razonable a atención de salud y seguridad pública.

El aseguramiento de los factores que permiten disfrutar de condiciones de vida adecuadas deberá ir acompañado por acciones orientadas a la promoción de la importancia de estos factores en la salud mental de la población, a objeto de que se incentive la disponibilidad y calidad en el acceso al subderecho.

### **2.3.3. Subderecho a gozar de condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente**

Fundamental para avanzar hacia el más alto nivel posible de salud mental es el contexto en que se desenvuelve el ser humano. La normativa internacional hace eco de esta necesidad planteando el deber de ofrecer acciones que resguarden la higiene del medio ambiente y el trabajo, entendiendo por higiene condiciones que, al menos, no perjudiquen el bienestar de la población.

Respecto del empleo, la normativa internacional señala el deber del Estado de desarrollar, sostener y actualizar de forma permanente una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo, cuyos efectos sean exigibles, y que provea las condiciones necesarias para el desarrollo del más alto nivel posible de salud mental.

La política implementada por el sistema de protección de la salud mental debe considerar acciones preventivas en los ámbitos laborales orientadas a la mejora progresiva de las condiciones que favorezcan el desarrollo de la salud mental, como podrían ser aquellas que limitan la jornada laboral de tal forma que permita descansar o tener actividades extralaborales y recreativas.

Es importante que las medidas adoptadas por el Estado en relación con la higiene ambiental y laboral sean difundidas entre la población para que ésta tenga conciencia de su derecho a exigir y/o de su obligación de ofrecer dichas condiciones. El estado debe, por tanto, promover la importancia del desarrollo de espacios laborales seguros en los cuales se minimice el riesgo de accidentes o de contraer enfermedades, de tal forma que la población se

sienta segura de los contextos en que desarrolla su vida.

Entre las acciones orientadas a la prevención deben considerarse aquellas que favorezcan el desarrollo de actitudes de cuidado hacia el medio ambiente.

Así mismo, se debe favorecer actitudes de autocuidado en el espacio laboral, procurando que la población se haga partícipe en el cuidado de su salud, en conjunto con aquellos responsables de ofrecer condiciones saludables en el espacio laboral, procurando la reducción de riesgos por accidentes laborales, o enfermedades producto de las condiciones laborales.

Es de particular interés que el trabajo otorgue condiciones para el desarrollo personal, el cual no es posible sin el reconocimiento de las capacidades, méritos, y habilidades de las personas, y de las aportaciones que éstas hacen al lugar de trabajo y el mercado laboral. En este sentido, se debe considerar acciones orientadas a la promoción de dicho reconocimiento, muy especialmente en personas discapacitadas.

#### **2.3.4. Subderecho a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud**

El sistema de protección de salud debe considerar mecanismos de acceso a la información que garantice el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, que al mismo tiempo resguarden la confidencialidad de los datos personales.

La disponibilidad de información no solo debe ser entendida como respuesta a solicitudes. Entender el derecho a la educación e información sobre

cuestiones relacionadas con la salud significa proveer de forma constante a la población con información relevante en relación con la salud mental. El Estado debe proveer educación a la población respecto de los factores relevantes para su salud mental, por ejemplo, cuestiones alimentarias, y las relacionadas con los otros subderechos identificados en el presente texto.

La información y educación en el ámbito de la salud tiene por objeto proporcionar conocimiento suficiente para que las personas tomen decisiones informadas respecto de su salud mental, distinguiendo aquello que resulta positivo o perjudicial para la propia salud.

El fundamento de los programas orientados a la información y educación deberá atender no sólo a aquellas cuestiones permanentes, como son las relativas a los principales problemas de salud mental en la comunidad, sus métodos de prevención y combate, sino también dar espacio al reconocimiento de preocupaciones emergentes en salud mental.

Especial atención se debe poner en las diferencias de género respecto de este subderecho, y buscar la promoción del derecho a la salud mental en las mujeres de todas las edades.

Es necesario que el Estado promueva el desarrollo del conocimiento en materia de salud mental. Con este fin, es preciso que se fomente el desarrollo de investigación en esta materia a través de los distintos actores relevantes. El conocimiento así generado debe ponerse a disposición de la población a través de programas de difusión que lo acerque de acuerdo a las necesidades y características particulares de las personas.

### **2.3.5. Subderecho a la participación en las decisiones relacionadas con salud**

El Estado debe considerar a los actores no sólo en los lineamientos generales de la política pública, sino también en su ejecución. La consideración e identificación de necesidades especiales de grupos de la población se debe reflejar en mecanismos permanentes dentro de los planes y programas que garanticen a la población ser un actor activo y protagonista de las decisiones aplicadas en el contexto local, conectando a los servicios con los usuarios, e incorporando a estos últimos en la concreción del ejercicio del derecho a la salud.

Especial relevancia tiene para efectos del derecho a la prevención en salud mental la población adolescente, con quien el Estado deberá generar mecanismos especiales de participación que le permitan sentirse aceptada y considerada en el diseño de las actividades de prevención ofrecidas por el sistema de protección de salud.

Si bien los mecanismos deben estar disponibles y favorecer la participación, éstos deben adaptarse a los cambios en las necesidades de participación. Será deber del Estado entonces, promover la adaptabilidad de dichos mecanismos de tal forma que estos sean efectivos en su ejecución, favoreciendo la incidencia real de la población en la fijación de prioridades de intervención, adopción de decisiones, planificación y aplicación de evaluaciones de las estrategias destinadas a mejorar la salud mental.

En el espacio de la participación ciudadana, el Estado debe velar porque



la participación de la población en materia de salud mental no se convierta en una medida iatrogénica. En este sentido, a la par de los mecanismos de participación, el Estado debe desarrollar acciones de orientación para favorecer la toma de decisiones informada.

#### **2.4. Elementos transversales en el derecho a la prevención en salud mental**

El desarrollo de cualquier política pública, hoy por hoy, tiene ciertos mínimos a considerar. El desarrollo del conocimiento ha dado cuenta que hay ciertos factores comunes que, lejos de ser una dificultad adicional, se constituyen como una guía que favorece la no omisión de “variables” reconocidas como relevantes en los procesos de construcción de acciones públicas. En el ámbito de los derechos humanos, debido a la interdependencia de éstos, sabemos que hay ciertos criterios que de no ser considerados, generan la situación propicia para que lo construido en un terreno, perjudique los resultados de terrenos laterales.

El DIDH y el conocimiento actual sobre salud mental, reconoce al menos los siguientes elementos como transversales, y por tanto, necesarios de atender de forma especial al momento de desarrollar acciones públicas en el campo de la salud mental en general, y, por interés de este trabajo, en la prevención en salud mental en particular.

#### **2.4.1. Principio de Igualdad y no Discriminación: ¿Quiénes son, o han sido, especialmente vulnerables o vulnerados en relación con el ejercicio de sus derechos?**

Por su carácter biopsicosocial, la salud mental sostiene diferencias individuales; variaciones en sus características según cambiemos de foco dentro de la población que observamos. Encontramos entonces que las necesidades de prevención en salud mental cambian, o tienen componentes especiales, de acuerdo al nivel de autonomía la persona, el sexo, la propia situación de salud, la situación socioeconómica, la edad, la raza, o el lugar donde se vive.

El DIDH no es ajeno a estas distinciones, y podemos encontrar en sus lineamientos consideraciones especiales para que estas distinciones no se constituyan en motivo de vulneración de derechos. Parten de la premisa de que

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

(DUDH, artículo 2)

y, además, que “(. . .) todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación” (DUDH, artículo 7), premisas que obligan a los Estados parte de los acuerdos internacionales, por medio del PIDESC, a adoptar las medidas necesarias para el logro progresivo la plena efectividad de los derechos (PIDESC, artículo 2, número 1).

En términos generales, el Estado tiene el deber de generar, dentro de su política nacional de salud, los mecanismos necesarios para identificar grupos en situación de vulnerabilidad, de tal forma de tomar las acciones que favorezcan el pleno ejercicio de sus derechos (Observación General N°14, párrafo 52).

No obstante lo anterior, existen algunos grupos para quienes, por su condición o situación, es reconocida la necesidad de atención focalizada.

**Personas con enfermedades terminales.** Otro segmento importante en materia de prevención en salud mental, en la forma de prevención terciaria, son aquellas personas diagnosticadas con alguna patología como cáncer, lupus eritematoso, distrofia muscular, SIDA, esclerosis múltiple, hepatitis B, u otras, consideradas con escasa o nula probabilidad de recuperación, y que tienen un fuerte impacto en la salud mental de quienes le padecen. Si bien las consecuencias de éstas son inevitables, es importante desarrollar acciones

que garanticen a quienes sufren este tipo de enfermedades la mejor calidad de vida posible, procurando disminuir el impacto en la salud mental que puedan provocar. Programas de acompañamiento terapéutico tanto al sujeto como a su entorno, favorecerán el derecho a la prevención en salud mental disminuyendo la probabilidad de desarrollo de trastornos del ánimo u otros asociados.

El Estado, dentro de su política nacional, deberá incorporar acciones de política pública en éste ámbito, en la comprensión de que, si bien muchas veces resultará inevitable la consecuencia de la enfermedad, se puede actuar minimizando el sufrimiento tanto del sujeto que presenta la enfermedad, como el de su entorno afectivo.

**Personas privadas de libertad.** Otro grupo importante para efectos de prevención en salud mental son las personas privadas de libertad. Muchas veces consideradas como grupo vulnerable , las personas que enfrentan procesos judiciales pueden ser víctimas de castigos que resultan desproporcionados en relación con el delito, o les son desconocidos derechos más allá de los que indica la legislación vigente. Se vuelve en extremo importante que el Estado desarrolle acciones que tiendan a la prevención en salud mental de este segmento de la población, procurando que la situación de privación de libertad no se vuelva también una situación favorable para el desarrollo de trastornos mentales.

Salvo por la privación de libertad, el Estado tiene el deber de cumplir las

mismas obligaciones que tiene para con el resto de las personas en materia de derechos humanos. En este sentido, considerando el derecho a la prevención en salud mental, así como los subderechos aquí reconocidos, la disponibilidad de un sistema que resguarde a la población privada de libertad se vuelve indispensable como una forma de protección del ejercicio de derechos, que garantice el más alto nivel posible de salud.

La situación de privación de libertad requiere de especial atención por el nivel de estrés al que se exponen los sujetos, por la sensación de inseguridad, la violencia, hacinamiento y estrictas normas impuestas por los encargados de supervisar a quienes se encuentran reclusos. El Estado deberá atender a la salud mental incorporando la prevención basado en reconocimientos periódicos del estado de salud mental de la población carcelaria, así como también de quienes se encuentran en proceso de ser sentenciados, ofreciendo el apoyo psicológico necesario para mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas.

Así mismo, no será posible el pleno ejercicio del derecho a la prevención en salud mental, si no se logra proveer las condiciones apropiadas de vivienda

**Personas que se han recuperado de algún trastorno mental: ¿Identifica la política pública la necesidad de ofrecer mecanismos especiales en relación con aquellas personas que se han recuperado de algún trastorno mental?** Muchas veces el problema no es tener un trastorno mental, sino haberlo tenido. Las **personas que se han recuperado**

**de algún trastorno mental** enfrentan un doble desafío: prevenir la recaída, y prevenirse de la estigmatización. La educación y la disponibilidad de información en relación con los trastornos mentales, el qué son y qué no son, juega un papel fundamental para la prevención en salud mental: hay que educar el núcleo socio-afectivo de quienes se hayan rehabilitado de un trastorno mental de tal forma que éste se convierta en un soporte efectivo para la persona (de tal forma que desarrolle los mecanismos apropiados para constituirse en una comunidad saludable); hay que informar a la población de los mitos que rodean al trastorno mental, y que no en pocas ocasiones, generan la segregación de quienes se han recuperado poniendo trabas a su reinserción social. Dificultades para participar de actividades públicas, desarrollar actividad laboral, e incluso para ejercer voluntad sobre la propia salud, son algunas de las barreras que encuentran quienes participan de este grupo.

**Personas en situación de discapacidad: ¿Identifica la política pública a las personas en situación de discapacidad como particularmente vulnerables en salud mental?** Las personas en situación de discapacidad tienen tendencia a desarrollar con mayor frecuencia algunos trastornos mentales. Sólo por ejemplificar, en el caso de la discapacidad intelectual la esquizofrenia se presenta con una frecuencia alrededor de 3 veces mayor que en la población general (Novell, Rueda, Salvador, y Forgas, 2004); la sintomatología depresiva podría ser de 2 a 10 veces más común (Thompson, 2002), y así mismo, se observa mayor frecuencia de Trastorno Obsesivo Compulsivo,

alteraciones del sueño, y de Trastornos Asociados al Consumo de Tóxicos (Novell y cols., 2004). Y éste es sólo el caso de la Discapacidad Intelectual.

Persona con discapacidad es entendida como “aquella que tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 1), y para esta categoría la legislación exige atención especial, que tienda a igualar las posibilidades de inserción social con las del resto de la sociedad.

Resulta esencial la acción del Estado en esta materia toda vez que es conocida la vulnerabilidad de los grupos en situación de discapacidad, cualquiera sea su naturaleza, frente a las afecciones de salud mental. Es por tanto fundamental el reconocer el derecho a la prevención en este ámbito para las personas en situación de discapacidad.

Es deber del Estado, de acuerdo con la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), adaptar los marcos jurídicos, políticas nacionales, y todos los programas que puedan tener impacto en el área, para incorporar las necesidades de las personas con discapacidad (Art. 1, Letras a, b, c, d); promover acciones que tiendan a evitar la discriminación por parte de personas, organizaciones o empresas privadas (Art. 1, Letra e); desarrollar acciones que favorezcan la investigación y desarrollo de bienes y servicios que faciliten el ejercicio de derechos de las personas en situación de discapacidad, en la forma de equipos, instalaciones, tecnologías de información

y comunicaciones, y otros que puedan resultar necesarios, proporcionando además información sobre su disponibilidad (Art. 1, Letras f, g, h). Finalmente, aunque evidente, también vale la pena mencionar que no será posible el cumplimiento del derecho a la prevención en salud mental si las personas que trabajan en los sectores relacionados con discapacidad no reconocen los derechos de éstos, por lo que es necesario promover la formación de profesionales conscientes de los derechos que asisten a los grupos discapacitados.

En la medida en que generemos legislación y acciones de política pública más inclusivas, estaremos contribuyendo a la prevención en materia de salud mental, disminuyendo las probabilidades de enfrentar a las personas con discapacidad a situaciones patógenas.

**Escasez, precariedad socioeconómica, y factores de riesgo: ¿Identifica la política pública a los grupos en situación de precariedad socioeconómica como particularmente vulnerables frente al derecho a la prevención en salud mental?** Hablar de pobreza parece un imperativo cuando se desea referir a condiciones de vulnerabilidad (o grupos vulnerados según la perspectiva que se adopte), y atender a la prevención en salud mental no es la excepción. No obstante esto, la importancia de ejercer el derecho a la prevención en salud mental cuando las condiciones económicas no son favorables no alcanza a ser explicado por la idea de pobreza. La limitación de recursos económicos no explica, por sí mismo, la vulnerabilidad de ciertos grupos, sino debe ser entendido desde la percepción de escasez que



deviene de situaciones de precariedad socioeconómica.

A diferencia del concepto de pobreza, hablar de precariedad resalta no solo la insuficiencia de recursos, sino también la inestabilidad y/o breve disponibilidad de éstos para la satisfacción de necesidades, lo que provoca la percepción de escasez, que tiene por consecuencia el establecimiento de determinados patrones comportamentales que perpetúan la escasez, la precariedad y la pobreza (Mullainathan y Shafir, 2013).

No hay salud sin salud mental, ni hay salud mental en precariedad. El derecho al más alto nivel posible de bienestar no se cumplirá si no se atienden a las condiciones socioeconómicas de la población, procurando disminuir progresivamente la carencia permanente de recursos que les mantiene tan ocupada por la supervivencia que les impide actuar en dirección de su desarrollo más allá de la seguridad básica.

**Población rural: ¿Identifica la política pública a la población rural como un grupo especialmente vulnerable frente al derecho a la salud mental?** Si hablamos de oportunidades iguales, uno de los desafíos más grandes para el Estado en relación con garantizar el acceso son los grupos de zonas rurales. Guardan necesidades particulares dadas por la distancia geográfica a los servicios ofrecidos por el Estado, y así mismo no pocas veces quedan invisibilizados diluyéndose sus particularidades detrás de programas orientados a las zonas urbanas. Ahí donde las carreteras no llegan, donde el alcantarillado y la electricidad son casi bienes suntuarios, donde la dispo-

bilidad de servicios de salud, educativos, o de seguridad pública es casi nula, cobra mayor importancia la labor gubernamental.

El menor acceso a servicios y bienes públicos, acompañado de las limitadas posibilidades educativas y laborales que disponibles en el mundo rural, forman un contexto en que la prevención cobra sentido de forma distinta al urbano. Lejos de los espacios donde se deciden las políticas públicas, la población rural es susceptible de ver dificultado su derecho a la prevención en salud mental, sobre todo en lo que respecta a la participación en la construcción del problema, y a la disponibilidad de programas de educación e información.

**Pueblos indígenas: ¿Identifica la política pública a los pueblos indígenas como una población especialmente vulnerable en relación con el derecho a la prevención en salud mental?** Otro grupo que está constantemente expuesto a discriminación por parte no sólo de la ciudadanía, sino también por parte de la estructura social y sus instituciones, son los pueblos indígenas. En efecto, la distancia que no pocas veces existe entre las características culturales dominantes y las de aquellas minorías que de alguna forma u otra buscan mantener en el tiempo es tal, que estas minorías se encuentran muchas veces con los muros de instituciones que no están definidas para ellos. Barreras de lenguaje y creencias son las más evidentes, pero también es importante reconocer aquellas que son parte de su ser en el mundo.

Reconocer cuáles son las necesidades particulares de los grupos indígenas en relación con su propio bienestar, ese construido desde sus mitos cosmogónicos y reforzados por su propia historia, entregará herramientas para que las políticas públicas de prevención en salud mental entiendan qué es lo que deben atender en estos grupos.

**Migrantes: ¿Identifica la política pública a los migrantes como un grupo especialmente vulnerable en relación con el derecho a la prevención en salud mental?** Otra característica importante de los derechos humanos es que se mueven con la persona, donde sea que ésta esté. La situación de muchas personas que, por diversas razones, emprenden viaje hacia otros rincones del mundo en busca de mejores condiciones de vida pareciera mostrar que, al mismo tiempo que dejan sus tierras, abandonan también sus derechos. Los casos son muchos, y a pesar de que tiene magnitud distinta, son todos igualmente importantes. Ya sea que nos refiramos a los argelinos y turcos que se van a Francia o Alemania; a los centroamericanos, mexicanos, chinos o indios que buscan mejores horizontes en Estados Unidos; o a los migrantes que representan el 88.5 % de la población de Emiratos Árabes Unidos; los peligros del tránsito, y su condición de migrantes, ha resultado en riesgos para su salud, condiciones de vida precarias, y/u otros problemas derivados de la no pertenencia al espacio, como la incapacidad para participar de la vida pública del país donde se llega.

Se ha reconocido una serie de consecuencias en la salud derivadas de la

migración, como el hambre, desnutrición, trauma, discapacidad física, depresión, ansiedad, violencia y suicidio, entre otros, en las distintas fases del proceso migratorio (Desjarlais, Eisenberg, Good, y Kleinman, 1995). Actuar a tiempo significa, además de dar cumplimiento al derecho a la prevención en salud mental, evitar que el problema aumente su complejidad y severidad.

**Salud mental a lo largo de la vida: ¿Identifica la política pública las necesidades particulares de la población en cada momento de su ciclo vital?** Una dimensión que agrega un grado de complejidad mayor a la salud mental, es que las necesidades y riesgos asociados a esta varían de acuerdo al grupo etario al que pertenecen las personas. La psicología y psiquiatría han identificado cómo en distintos momentos de la vida las necesidades, intereses y motivaciones cambian volviéndose más o menos relevantes unas u otras, de acuerdo a la etapa del ciclo vital de la persona, y así también, es esperable que ciertos trastornos tengan mayor prevalencia en determinadas etapas de la vida. Grosso modo podemos identificar, al menos, cuatro grupos:

- i. Niños, niñas y adolescentes
- ii. Jóvenes
- iii. Adultos
- iv. Adultos mayores

No se puede atender con las mismas acciones de política las necesidades ambientales del desarrollo psicoemocional para niños niñas y adolescentes, y las de los adultos mayores. Tampoco será la misma acción de política pública la que atenderá las necesidades laborales de los jóvenes que están ingresando a la fuerza laboral, y las de adultos que buscan la seguridad laboral que les permita cierta estabilidad económica. Es importante que la política pública les distinga, pues en la medida que lo haga, podrá favorecer las condiciones biopsicosociales apropiadas que coadyuven en el cumplimiento del derecho al nivel más alto posible de salud.

#### **2.4.2. Perspectiva de Género**

No obstante el principio de igualdad y no discriminación es transversal, y por tanto, aplica también en relación con las diferencias de género, se ha vuelto necesario identificar dicho análisis de manera particular en tanto las condiciones que favorecen las desigualdades sociales provocadas por el género parecen ancladas en las estructuras más profundas de la sociedad. Tanto es así, que resulta muy difícil visibilizarlas por sí mismas. La prevención en materia de salud mental tiene claras diferencias observada desde la necesidad de cada género de ser incluido en la sociedad en condiciones de igualdad.

Uno de los primeros problemas que emerge desde la perspectiva de género es el establecimiento de relaciones violentas. A pesar de las campañas internacionales para prevención de la violencia de género, todavía se registra, por ejemplo, que de las mujeres entre 15 y 49 años de edad, entre el 15 % y 71 %

ha sido víctima de violencia física o sexual a lo largo de su vida; con menos datos estadísticos disponibles, ataques a personas LGBT son ampliamente reportados, incluidas violaciones “punitivas” o “correctivas”; o, el hecho de que 76 países aún criminalizan las relaciones del mismo sexo aun cuando éstas sean consensuadas . Es importante considerar acciones en el asunto de ataques a personas motivados por su orientación sexual o su identidad de género. Pero no toda la violencia se manifiesta de la misma manera.

La discriminación es otra forma de violencia, muchas veces menos evidente, aunque probablemente más expandida, que termina por convertirse en limitaciones al bienestar de las personas que son víctimas. Diferencias en la valoración del trabajo, limitaciones a la participación de actividades escolares, exclusión de ciertos puestos, o mensajes en los medios de comunicación que ridiculizan, instrumentalizan o directamente atacan a ciertos grupos por su género, entre otros, son ejemplos de aquellos comportamientos discriminadores que terminan por dificultar el cumplimiento del principio de igualdad y no discriminación observado desde la perspectiva de género.

#### **2.4.3. Mecanismos de participación en la construcción de las soluciones**

De los momentos en el proceso de formación de políticas públicas, es importante para este punto relevar los de definición de problemas y los de construcción de alternativas. Así como es importante que la política pública ofrezca mecanismos de participación durante su implementación, gestión y

evaluación cuya necesidad deviene del subderecho a la participación en decisiones relacionadas con salud, es también importante que el contexto en que se origina la política pública provea espacios de participación para los distintos actores involucrados. La publicidad de las políticas públicas debe verse reflejada en una definición colectiva del problema público, integrando las diversas visiones en diálogo, de tal forma que ésta también se traduzca en una decisión colectiva respecto de las alternativas de política.

Siguiendo a Isunza Vera y Gurza Lavalle (2010), podemos observar estos mecanismos de participación por las interfaces socioestatales que se estructuran a partir de las relaciones de intercambio que se establecen entre el Estado y la sociedad. La participación de la sociedad en la política pública se puede ver reflejada por la dirección del flujo de información, como por la capacidad de mandar. Tenemos entonces que observar mecanismos de participación en los momentos de definición de problemas y de construcción de alternativas será preguntarse por cómo se construye y distribuye la información y el poder.

¿Quiénes de los actores relevantes forman parte del proceso de definición de problemas y construcción de alternativas?, y ¿qué rol cumplen esos actores en el proceso?

El resguardo que una política con enfoque de derecho debe buscar, es que la mayor cantidad de actores posibles estén involucrados en estas etapas.

## 2.5. Por qué utilizar los derechos humanos como unidad de medida

A partir de la identificación de subderechos y obligaciones hechas previamente, es posible notar dos cosas. La primera es el hecho de que los cinco subderechos propuestos como elementos constituyentes del derecho a la prevención en salud mental abordan todos los elementos que de acuerdo a la definición del problema hemos identificado. En segundo lugar, es importante notar que el método de abordaje para la identificación de obligaciones ha permitido profundizar en las acciones de política requeridas para avanzar en el cumplimiento del derecho a la salud, favoreciendo una mirada más detallada y aterrizada de éste.

La incorporación del EBDH en el análisis del problema brinda a la política pública una ruta que no solo recupera y releva a importancia de las decisiones científico-técnicas, sino también resulta en una mirada más comprensiva y exhaustiva de la salud a la vez que mantiene como eje central de la acción pública a la persona. Informa de manera más amplia respecto de las labores a realizar.

Poner en el centro de la acción pública a la persona significa recordar permanentemente que el fin último de esta acción es el mayor bienestar y dignidad humanos, y siendo así, que sus logros no están dados por la mera implementación, sino por el progreso efectivo hacia la construcción de un sujeto de derechos. Cabe recordar el rol de la política pública con enfoque de



derechos humanos en el desarrollo de individuos empoderados y con capacidad de autodeterminación.

Finalmente, enmarcándose la política pública con enfoque de derechos humanos en el DIDH, tiene la ventaja de complementar la decisión técnica-científica con la fundamentación político-normativa. Su sustento en obligaciones jurídicas internacionales<sup>9</sup> le provee de fortaleza argumentativa respaldada por decisiones legislativas, disminuyendo en parte el peso de la voluntad política. La política pública con enfoque de derechos se vuelve, por tanto, exigible para la población, quienes además tienen la prerrogativa de demandar rendición de cuentas vertical frente a las instituciones correspondientes, participando activamente del espacio público.

---

<sup>9</sup>El grado de obligatoriedad está determinado por algunos criterios jurídicos que contemplan la firma y ratificación de los tratados, así como la forma en que el sistema jurídico a nivel local incorpora dicho ordenamiento.

### **3. Evaluación del *PASM* según el estándar del derecho a la prevención en salud mental**

Recapitulando, hasta aquí hemos definido la importancia de la prevención en cuestiones de salud mental, y hemos identificado las dimensiones que se debiera abordar en una política pública que pretenda brindar atención dicho tema (Capítulo 1). Considerando esas dimensiones, hemos identificado al Enfoque Basado en Derechos Humanos como un importante complemento del Enfoque de Salud Pública, en la medida que su abordaje plantea cierta obligatoriedad para el Estado en relación con aquellos puntos mínimos en que debe enfocar su acción. Entonces, observado desde el EBDH, la prevención en salud mental es el derecho de las personas a avanzar hacia el mayor nivel posible de salud aún en ausencia de trastornos, a través del desarrollo de capacidades pero no solo desde una mirada individualista, sino abordando el contexto y la relación de las personas con éste.

El desempaque del derecho y el estándar que de él hemos derivado, nos han ayudado a identificar y ordenar el conjunto de obligaciones del Estado en relación con la prevención en salud mental, las que hemos utilizado para construir un instrumento (ver sección 3.2.5 y 3.2.5) que nos permitirá realizar la siguiente acción: analizar el Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 buscando en su propuesta aquellos elementos que nos den luces respecto de

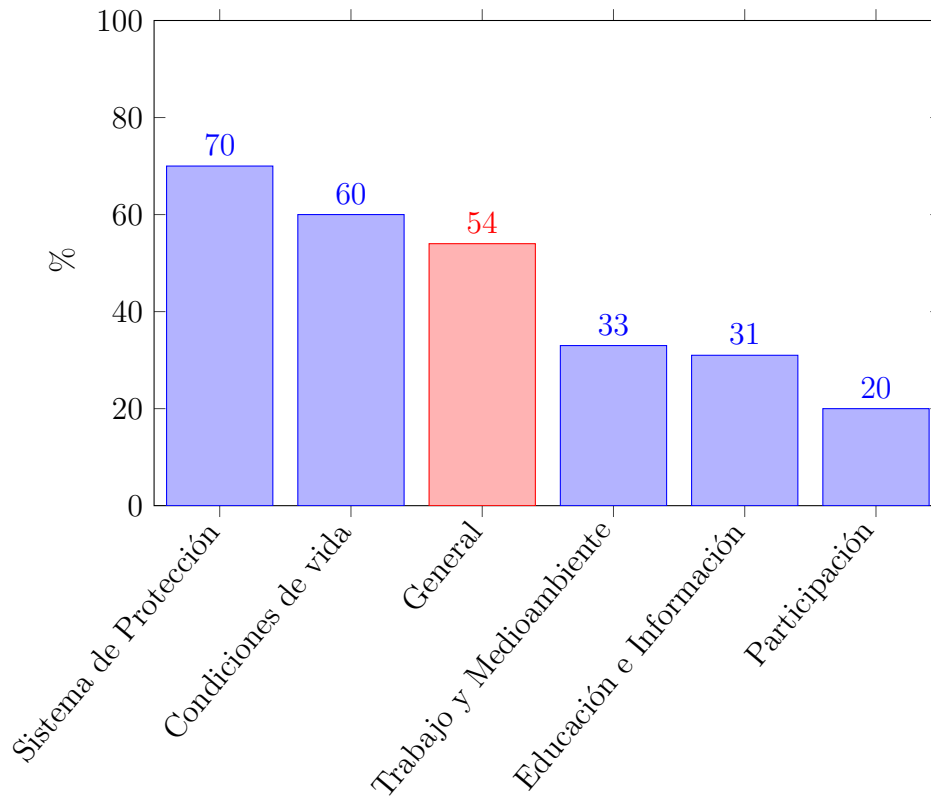
hacia donde seguir construyendo el problema y enfocando la acción pública.

### 3.1. Síntesis de resultados

Vemos un Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 muy amplio, que considera en su cuerpo argumentativo y objetivos el desarrollo científico técnico de varias décadas, así como también se filtra en sus líneas el testimonio de la progresiva incorporación del enfoque de derechos humanos, esto último, resultado de varios años de evolución y cambio en la posición que el enfoque tuvo dentro de *OMS* (Meier y Onzivu, 2014).

La aplicación del cuestionario originado por el estándar puede ser expuesta también en forma cuantitativa. En efecto, con una mirada sencilla y con el objetivo de identificar áreas de acción, del total de preguntas puntuables (98) se consideró con respuesta afirmativa 53, lo que supone que el Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 sugiere acciones coherentes con un 54 % de las obligaciones del Estado en materia de prevención en salud mental desde la perspectiva de derechos humanos. Desagregando por subderecho, como se observa en la Figura 6, además podemos observar rápidamente cuáles son las áreas en las que el documento ofrece mayor desarrollo y en cuáles es necesario complementarlo con la incidencia desde otros instrumentos. Gran parte de esos instrumentos también estarán disponibles entre la vasta biblioteca de la misma OMS, mientras que otras alternativas deberán ser buscadas o desarrolladas por caminos distintos.

Figura 6: APOORTE DEL PASM AL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES  
Cumplimiento de obligaciones por subderecho (%)



Descripción: La gráfica representa el cumplimiento del estándar de derecho a la prevención en salud mental a través del Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020, desagregado por subderechos (barras azules), y en general (barra roja).

*Fuente: Elaboración propia*

### 3.2. ¿Qué ofrece el plan?

**Igualdad y no discriminación.** Los elementos transversales que se ha propuesto abordar, a saber, el principio de igualdad y sus componentes, la perspectiva de género, y los mecanismos de participación, encuentran en el documento un importante lugar.

Desde sus primeras páginas el *PASM* define los derechos humanos como uno de sus principios de acción, en este sentido, el reconocimiento del principio de igualdad y no discriminación queda manifiesto dentro del documento. El principio propuesto de *cobertura sanitaria universal* argumenta en dirección de la igualdad señalando que

independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. (*PASM*, p.10).

a la vez que insta a reconocer algunos grupos en situación de vulnerabilidad. En particular, a lo largo el documento se reconocen como grupos en situación de vulnerabilidad a las personas en situación de pobreza, con enfermedades crónicas, niños y niñas víctimas de maltrato y/o abandono, adolescentes incursionando en el consumo de drogas, los grupos minoritarios, personas indígenas, las de edad avanzada, personas *LGBT*, personas privadas

de libertad, y aquellas que viven en situación de conflicto, desastre o crisis.

Si bien la selección de estos grupos se orienta al desarrollo de acciones en su beneficio como grupo vulnerable (*acciones afirmativas*), no se encuentra dentro del documento bajo análisis la extensión del principio de igualdad y no discriminación a la realización de un análisis de discriminación indirecta o de acciones transformativas.

**Perspectiva de género.** En relación con la perspectiva de género, el plan reconoce a las mujeres como grupo con necesidades particulares en relación con la salud mental, ofreciendo una mirada que favorece la focalización en dichas necesidades buscando disminuir el ejercicio discriminatorio en el derecho a la salud. Así mismo, se reconoce la violencia como un fenómeno de particular interés en la población femenina, promoviendo acciones afirmativas en este ámbito también.

**Mecanismos de participación.** Reconoce el *PASM*, en línea con la conclusión de la *CSDH*, la necesidad de abrir los espacios de decisión en políticas públicas sobre salud mental a las personas, no obstante lo hace generalmente refiriéndose a *personas con trastornos y sus familiares*. De todas formas, es posible identificar acciones tendientes a instar a los Estados a generar y proveer de información para la población, así como también insta a generar mecanismos para que la población comunique al Estado de sus necesidades e intereses en salud mental.

### **3.2.1. Subderecho a un sistema de protección de salud que brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud**

Uno de los soportes de toda acción pública son las instituciones que desarrollan las tareas definidas, y en este aspecto el *PASM* tiene su principal acento.

Del conjunto de obligaciones analizadas, es posible observar que el conjunto más desarrollado es el que corresponde a la garantía de un sistema de protección de salud mental, y la existencia de acciones de política pública organizadas en Políticas Nacionales, Estrategias Nacionales, Planes Nacionales, o Programas. Existe amplia atención a las cuestiones de género, a la discapacidad, y a los grupos etarios, y la separación de acciones en 3 actores distintos en cada objetivo es señal de avance en relación con la generación de mecanismos de participación de OSC's y ONG's en el diseño de las políticas públicas, constituyendo una red de trabajo orientada hacia la gobernanza.

El documento pone acento en el logro de la cobertura universal del sistema de salud, lo que es equivalente a considerar la totalidad de la población como beneficiaria de sus acciones sin distinciones, ubicando además las tareas en un sistema coordinado de políticas públicas estructurado por la integración de los diversos actores y ámbitos de acción en salud mental. No obstante la consideración, no es posible encontrar en el documento referencias que expliciten mínimos de calidad o aceptabilidad, aun cuando de forma indirecta sí se insta a considerarles en relación con el desarrollo de la política pública

en ciertos temas.

Las políticas nacionales de salud cumplen un papel importante en el planteamiento realizado por *OMS*. La primera meta enunciada por el plan es, precisamente, lograr que el 80% de los países elaboren y/o actualicen sus planes o políticas nacionales de salud mental en coherencia con el derecho internacional de derechos humanos. Con esta meta de por medio, y orientada por los principios de derechos humanos, el *PASM* sugiere también considerar, como señala su *meta mundial 3.1*, poner en funcionamiento al menos dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención de salud mental. No obstante lo anterior, no se ha encontrado dentro del documento alguna indicación que inste a los países al desarrollo de mecanismos que favorezcan el ejercicio equitativo del derecho dentro de las políticas desarrolladas, lo que resulta particularmente importante toda vez que, como demuestran los textos clásicos de implementación de políticas públicas, no siempre la planificación significa correcta aplicación<sup>10</sup>.

En el desarrollo del documento es posible observar la importancia de identificar claramente los objetivos y la forma de leer su cumplimiento a través de las metas. Esta claridad propuesta por *OMS* sugiere el desarrollo coherente entre la asignación de recursos y acciones tendientes a la ampliación de la cobertura y la mejora de los recursos humanos, en una lógica de disposición del *máximo uso de recursos disponibles*. En este sentido, la propuesta también abarca ampliamente los ámbitos de acción del Estado, considerando tareas

---

<sup>10</sup>Ver Pressman y Wildavsky (1984)



en el plano normativo y ejecutivo, así como en el ámbito de la cooperación internacional y comunitario a nivel local.

Tanto la importancia de las políticas, planes y legislaciones de salud mental como la asignación presupuestal coherente se ven fortalecidas por la incorporación de ciertos mecanismos. No sólo declara el objetivo referido a prevención y promoción de la salud mental, sino también indica acciones que permiten garantizar el reconocimiento de las necesidades de acción, para las cuales especifica la importancia de su incorporación en la estrategia nacional, permitiendo además la definición de medidas coherentes. Dicho conjunto de acciones se le atribuyen como responsabilidad a cada uno de los tres grupos de actores involucrados, proponiendo también mecanismos de evaluación de los resultados de las acciones de política pública.

El Objetivo 4 pone especial énfasis en la fundamentación de las acciones de política pública sobre “la información, los datos empíricos y la investigación”, relevando su importancia en la toma de decisiones en los distintos niveles lógicos de la acción pública. No obstante lo anterior, el PASM no pone especial atención en la presencia de los cuatro niveles lógicos dentro del sistema de protección de salud, ni profundiza sobre la articulación que éstos deben tener. En este sentido, no es posible establecer que se promueve la adopción y aplicación de una Estrategia Nacional de Salud Pública en el sentido que se le otorga en el presente trabajo, aunque sí es posible observar la promoción del desarrollo de Políticas y Planes Nacionales a través de la “Meta mundial 1.1” y “Meta mundial 1.2”, y la exigencia de coherencia entre

éstas.

Se destaca entre los objetivos del Plan de Acción la promoción del desarrollo de mecanismos de reconocimiento para la prevalencia e incidencia de trastornos mentales, así como de los factores de riesgo psicosocial, sobre todo en ciertos segmentos de la población. No se encuentra elementos que permitan visibilizar la promoción del uso de información epidemiológica como herramienta en el establecimiento y activación de mecanismos en casos de emergencia y/o urgencias.

El plan reconoce explícitamente la necesidad de accesibilidad, no obstante no desarrolla los elementos bajo los cuales se cumpliría con la obligación de garantizarla. No pone acento en variables geográficas ni sociodemográficas relacionadas con el reconocimiento y caracterización del problema y su población objetivo, ni en la forma en que se distribuyen los bienes y servicios provistos por el Estado.

Declara en los principios y enfoques transversales (párrafo 23), la práctica basada en evidencias, la que para efectos del documento debe ser realizada “teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural”, lo que considerado junto con el párrafo 59 la declaración respecto de la necesidad de “reforzar conocimientos y competencias del personal sanitario (...) para que pueda dispensar servicios de salud mental y atención (...) culturalmente apropiados y regidos por los derechos humanos” y la ética médica, resalta la importancia de estas acciones entendidas como promoción de la condición de *aceptabilidad* de los servicios provistos por el sistema de protección a la salud mental.

Si bien se promueve la prevención, dado que esta está principalmente circunscrita a la presencia o recuperación de trastornos mentales, no se observa dentro del plan un desarrollo que explicita la importancia de los requerimientos sanitarios o de accesibilidad para las instalaciones donde se realicen actividades de prevención.

Con todo, se rescata a lo largo del documento, a través de diversas secciones, la consideración de los factores determinantes de la salud en los distintos grupos de población identificados como vulnerables y también en la población de forma general, elemento necesario dada la forma en que hemos definido el problema de la salud mental.

### **3.2.2. Subderecho a disfrutar de condiciones de vida adecuadas**

En relación con el sub-derecho a disfrutar de condiciones de vida adecuadas, el Plan de Acción es explícito al mencionar las condiciones materiales de vida como parte de los determinantes sociales y económicos de múltiple naturaleza que obliga a atender a la promoción y la prevención con políticas multisectoriales. Esta tarea propuesta se complementa con las de reforzamiento de los sistemas generación y difusión de información, y con la idea de toma de decisiones basadas en evidencia, por lo que sí podemos decir que el programa, habiendo identificado las condiciones materiales de vida como factor de decisión, insta a la identificación de la situación de las personas en este ámbito. No obstante lo anterior, al observar las metas y los indicadores propuestos, no se encuentran propuestas orientadas a medir avances en este

sentido.

Así, El PASM no aborda explícitamente el rol de la alimentación en relación con la prevención en salud mental, aunque de forma acotada, sí promueve el plan la consideración de las condiciones habitacionales como factor relevante, al menos como un problema con prevalencia mayor en los casos que presentan o han presentado trastornos mentales. En este mismo sentido, promueve la consideración del aseguramiento de casa habitación en la misma población, y aunque no explicita la relevancia de contar con servicios básicos como agua o electricidad, sí se toca de forma tangencial el asunto de accesibilidad a servicios de atención de salud mental.

### **3.2.3. Subderecho a gozar de condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente**

Dentro de las estrategias de promoción es posible identificar la promoción de las condiciones laborales saludables, con una justificación mínima de su importancia, aunque no es posible decir que se justifique propiamente la relevancia de las condiciones medioambientales. Tampoco se reconocen en el documento elementos que permitan delimitar qué condiciones laborales o medioambientales mínimas son requeridas de abordar de tal forma que favorezcan el desarrollo del mayor nivel de salud posible. En general, se aborda con mayor profundidad este aspecto circunscrito a los grupos de población con discapacidad, trastorno mental, o que se han recuperado de esta última.

El reconocimiento de las condiciones laborales como factor relevante, vie-

ne acompañado de forma indirecta en el PASM de la sugerencia de desarrollar legislación que proteja las condiciones laborales, puesto que se indica como asunto importante en materia de derechos, y previamente se establece la importancia de ajustar la legislación de salud mental en consonancia con los derechos humanos. A pesar de lo anterior, no es posible encontrar sugerencias sobre la urgencia temporal de la mejora de las condiciones laborales, de elementos mínimos específicos sobre los cuáles trabajar, ni respecto de mecanismos para asegurar el cumplimiento de la normativa.

Finalmente, se puede advertir en el programa la noción del trabajo como espacio de desarrollo personal, pensado principalmente en trabajadores de la salud o en la reinserción de personas en situación de discapacidad, aunque no se desarrolla con mayor detalle el rol que juega este trabajo en el desarrollo de capacidades o como facilitador de la interacción social.

#### **3.2.4. Subderecho a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud**

A pesar de la importancia que tiene en la prevención el desarrollo de habilidades y capacidades personales, la propuesta de *OMS* es limitada en su abordaje.

El documento muestra como característica positiva la promoción de la práctica basada en evidencias, y en este sentido, la necesidad de destacar la importancia de la obligación de promover el desarrollo de investigación sobre prevención en salud mental, aunque no explícitamente, estaría cubierta

ampliamente. No obstante lo anterior, el documento no insta a los Estados a crear mecanismos de acceso a la información; ni a considerar acciones tendientes a educar a la población desarrollando las capacidades señaladas en la propia definición de salud mental, o en la importancia de los determinantes sociales o de la nutrición en el nivel de salud.

Dado que los aspectos de la educación de la población no se encuentran desarrollados en el *PASM*, no es posible proyectar la importancia de las diferencias de género en el desarrollo de los planes educativos esperados.

### **3.2.5. Subderecho a la participación en las decisiones relacionadas con salud**

Finalmente, el enfoque de derechos humanos sugiere la participación amplia de la población en los asuntos de interés público, y las políticas públicas de salud mental no son la excepción. En relación con este subderecho, que hemos distinguido del elemento transversal que denominamos *mecanismos de participación*, ubicándolo en el contexto del ejercicio directo del derecho a la salud, es decir, en el goce de los bienes y servicios de salud ya definidos, es también visible la atención preferente de la enfermedad. En efecto, el plan promueve la adopción de mecanismos para la incorporación de personas en las decisiones de salud, no obstante se limita a mencionar a las “partes interesadas”, destacando a aquellas con trastornos mentales, sus cuidadores y familiares. Con esta base, tampoco es posible identificar explícitamente dentro del documento la promoción de acciones orientadas a la participación de

población adolescente en las decisiones relacionadas con su salud mental y la prevención en este ámbito, necesidades bastante cambiantes y dependientes del contexto.

## Conclusiones

En relación con el ejercicio desarrollado, es posible identificar varios aspectos a considerar en relación con el uso del Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 como instrumento de política pública en el nivel local. Tal como hemos planteado, es un instrumento que orienta la acción del Estado en el sector desde un enfoque predominantemente sanitario y epidemiológico. En este sentido, incorpora un arsenal de elementos técnicos de suma importancia para el abordaje de la salud mental, como la extensa investigación y sistematización del conocimiento psiquiátrico sobre consumo de drogas, trastornos mentales en general y sus repercusiones en la vida cotidiana; las estadísticas epidemiológicas, y la forma en que distintos contextos presentan mayor o menor prevalencia de ciertos trastornos en las personas, lo que ha permitido profundizar en los factores de riesgo y protectores así como dar un soporte sólido a la construcción de los determinantes sociales de la salud; la acumulación de conocimiento producto de los cambios incrementales de décadas en los sistemas de salud públicos, que se ha transformado progresivamente en colaboración transnacional global en materia de políticas públicas del sector.

Todos estos avances resultan fundamentales para pensar en la prevención en salud mental, no obstante, si bien son necesarios, no son suficientes. Ciertamente el abordaje de la salud pública, ahora global, encuentra limitaciones propias de su enfoque en el análisis de lo que podríamos concebir como el “problema público” de la prevención en salud mental toda vez que esta, como



hemos observado a lo largo del trabajo, incorpora en sí una serie de complejidades para las cuales las herramientas se encuentran en otros ámbitos del conocimiento. Es sobre este fundamento que se ha ofrecido el Enfoque Basado en Derechos Humanos como una forma de ampliar la mirada, en un ejercicio que evoca de alguna manera la idea original de las ciencias de políticas, haciendo confluir el conocimiento y técnicas de diversas disciplinas sobre un problema en particular.

Sobre esta convergencia de miradas se vuelven evidentes algunos aprendizajes, los que procuraremos abordar en los apartados siguientes.

## **Sobre la definición conceptual y la praxis en materia de prevención en salud mental**

Es importante resaltar un hecho que hemos venido construyendo de forma más o menos implícita a lo largo del trabajo, y que de alguna forma le da nombre a éste. La salud mental, sobre todo, no es solo un asunto de ausencia de enfermedad.

A pesar del amplio consenso alrededor de esta idea, que durante décadas ha sido difundida por todo el mundo en la definición de la propia *OMS*, el desafío de una mirada biopsicosocial parece aún lejos de ser alcanzado. El planteamiento de Engel (1977) sobre la necesidad de este nuevo modelo ha tenido avances teóricos importantes, mas aún dista mucho de la incorporación plena de una mirada en la cual la enfermedad sea solo uno de los problemas

de la salud, y el eje principal sean las acciones amplias y transversales que nos lleven al mayor nivel posible de salud.

Es necesario reconocer los avances de *OMS* en la incorporación de nuevas perspectivas en su trabajo, que en el caso de los derechos humanos al menos ha sido un logro político de largo aliento de acuerdo al relato de Meier y Onzivu (2014), y que seguro será similar al caso de la constitución de la *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Pero también es necesario relevar aquellos elementos en los cuales aún no logra el grado de profundidad que innegablemente ha desarrollado desde el punto de vista biomédico. El presente trabajo no propone, en ninguna forma, omitir las necesidades de la población en cuanto a la disponibilidad de dispositivos de atención médica, recursos de todos los tipos, e infraestructura, pero sí releva la necesidad de ubicar dichas necesidades en su justo lugar.

Se deja ver en el plan que las acciones propuestas, incluso las medidas denominadas como preventivas y de promoción, están supeditadas a la presencia de enfermedad. La concepción misma de sistema de salud parece anclada en su asociación con lo hospitalario, circunscribiendo también la reflexión sobre las condiciones de vida, laborales y medioambientales, educativas e informativas, y por supuesto la participación.

En este sentido, la propuesta del enfoque de derechos humanos es completamente distinta. Cuando se instalan los subderechos a condiciones de vida adecuadas y a trabajos y medioambientes saludables, se hace desde la propia dignidad de la persona, no sin importar su condición de salud. Así mismo, los

subderechos a la educación e información, y a la participación, tienen como sustento la prerrogativa de todas las personas de participar de un espacio público democrático y transparente, en tanto este ejercicio promueve la sana convivencia y la paz, a la vez que fomenta la autonomía y la libertad de las personas en tanto personas, y no por cuanto sean agrupables como enfermos o ex-enfermos.

Este último es, a consideración del autor, el fundamento para una definición que enmarca, más allá de lo técnico, una cuestión política fundamental como lo es el bienestar de la persona en sociedad.

## **Sobre el abordaje metodológico**

La integración metodológica propuesta entre el enfoque de salud pública y el enfoque de derechos humanos, utilizando como eje articulador el enfoque de políticas públicas, ha resultado en un ejercicio cuyos alcances parecen bastante prometedores.

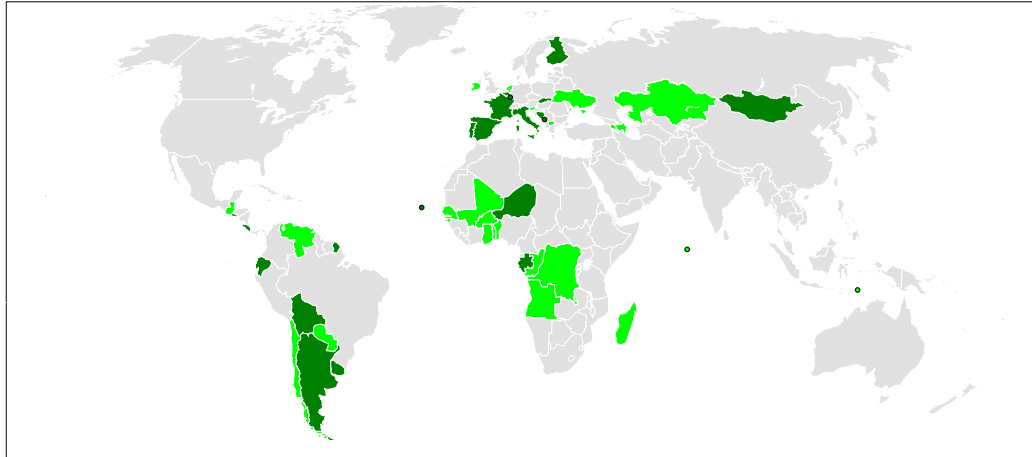
En primer lugar, es necesario destacar la apuesta de retirar la limitación geográfica al enfoque de políticas públicas de tal modo que las variables que inciden en el cambio de políticas desde los espacios globales no queden excluidas del marco de análisis. Si bien los métodos del *policy transfer* y *policy diffusion* estudiados por autores como Bennett y Howlett (1992); Dobbin, Simmons, y Garrett (2007); Dolowitz y Marsh (1996, 2000); Mintrom (1997) y Stone (2000) entre otros, han aportado herramientas importantes para comprender y explicar los factores involucrados en los procesos de intercambio

de políticas públicas, a través de estos enfoques no se alcanza a dimensionar la interconexión de las decisiones en el campo, ni a visualizar la forma real en que una decisión tomada en Ginebra tiene efecto en la esfera pública, esfera cada vez más amplia gracias a las tecnologías de información y comunicación. Asumir la existencia de actores y políticas públicas globales, como hacen Alimi (2015a, 2015b); Stone (2008); Stone y Ladi (2015), es un primer paso para comenzar a comprender el real contexto de las decisiones y el papel que cumplen los derechos humanos en el escenario global.

En segundo lugar, el diseño de los instrumentos necesarios para esta investigación da luces claras respecto de como es posible articular técnicamente, a través del enfoque de políticas públicas, el enfoque de derechos humanos con otros campos disciplinarios. En el presente se ha desarrollado el ejercicio en el campo de la salud, no obstante las características normativas y la amplitud temática del *EBDH* vuelven a este un ejercicio necesario para las políticas en la mayoría, si no en todos los sectores. A este punto es necesario destacar que se ha utilizado el concepto de articulación, y no de incorporación, en tanto el primero evoca la acción conjunta de las disciplinas con sus respectivos métodos en interacción colaborativa, mientras que la idea de ‘incorporación’ sugiere la subsumisión de un enfoque dentro de otro en una especie de subsidiaridad metodológica, o eclecticismo de primer nivel.

El instrumento generado por el estándar da cuenta del desarrollo del *EBDH* en materia de derecho a la salud mental derivadas de los instrumentos del Sistema Universal de Derechos Humanos. La Observación General


Figura 7: PARTES EN EL PROTOCOLO FACULTATIVO DEL PIDESC



[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Members\\_to\\_the\\_Optional\\_Protocol\\_to\\_the\\_ICESCR.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Members_to_the_Optional_Protocol_to_the_ICESCR.svg)

■ Firma      ■ Firma & Ratificación      ■ Sin firma

Descripción: El mapa muestra el estado de firma y ratificación del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por parte de los países.

Fuente: Imagen creada y compartida por Gulpen bajo licencia  CC BY-SA 3.0

Nº14 en particular, es la interpretación de los citados instrumentos por parte del Comité DESC, órgano parte del sistema internacional para la supervisión del *PIDESC*. Dicho esto, el instrumento ofrecido revisa la consideración de las obligaciones básicas de derechos humanos, siendo por tanto aplicable en cualquier territorio que se ciña al *DIDH*. Hemos de destacar que la aplicabilidad no es sinónimo del grado vinculante, por cuanto la acción del Comité DESC cobra fuerza con la firma del Protocolo Facultativo correspondiente (ver Figura 7), documento que no ha sido suscrito por todos los países que sí han firmado y ratificado el Pacto.

## Algunas recomendaciones

Es importante explicitar que la evaluación realizada no está orientada a felicitar o criticar el trabajo realizado por *OMS* sino, entendiendo el grado de influencia política y técnica de la organización, y asumiendo que el Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 está siendo implementado por la mayoría, si no por todos los Estados miembros de *OMS*, busca entregar información relevante respecto de aquellas dimensiones de la salud mental que no son abordadas por las acciones propuestas en el plan, y que son susceptibles de ser observadas desde el *EBDH*.

En este sentido, se recomienda a los Estados que se encuentren implementando el *PASM* poner atención a los siguiente puntos:

- i. **Potenciar el trabajo en Determinantes Sociales de la Salud.** Se advierte que la profundidad lograda por *OMS* en cuanto a la provisión de sistemas de protección de salud, con políticas, estrategias, planes y programas, infraestructura, bienes y servicios hospitalarios, así como recursos humanos y presupuestales, se encuentra bastante desarrollada. En efecto podemos encontrar estos elementos presentes no solo en el plan actual, sino también en el plan previo, del año 2002, y en el sistema de indicadores disponible en el sitio web de la institución. No obstante, el plan de salud mental no ofrece objetivos y metas explícitas en temas de vivienda, alimentación, situación laboral, seguridad social, igualdad de acceso, etc. Es apropiado crear, mejorar y/o coordinar esfuerzos en

este sentido de tal forma que se pueda realizar un seguimiento a la mejora de estos factores, que se suponen tan relevantes en el avance hacia el mayor nivel posible de salud.

- ii. **Fortalecer el trabajo de salud y derechos humanos.** No obstante el gran esfuerzo de OMS en promover el fortalecimiento de los sistemas de salud, los números siguen siendo deficientes en relación con el presupuesto, recursos humanos, infraestructura, bienes y servicios. Si bien la organización no dispone por si sola de herramientas para imponer políticas, la asociación con las agencias de Naciones Unidas vinculadas con derechos humanos podría fortalecer los instrumentos disponibles vinculándolos con normas jurídicas exigibles que permitan acelerar la mejora de los sistemas sanitarios, principalmente en los países con mayores deficiencias, y por tanto, mejorar también las condiciones de salud de la población.
- iii. **Considerar la ampliación de los espacios democráticos en salud.** El desarrollo de una cultura saludable en la población, no solo en términos físicos y materiales, sino también emocionales, podría disminuir ampliamente la carga de trastornos mentales en la medida que la población efectivamente desarrolle estrategias de afrontamiento y habilidades socio-afectivas que permitan a los individuos vivir con mayor tranquilidad emocional. Pero para esto es necesario un esfuerzo decidido de las autoridades a orientar recursos a la incidencia en los programas

educativos desde la infancia, y al involucramiento de la población en las decisiones relacionadas con su propia salud que permita el desarrollo de un ciudadano saludable, y no simples beneficiarios de políticas estatales.

iv. **Reforzar efectivamente un enfoque integral de la salud mental.**

Como se ha desarrollado hasta ahora, la implementación del *PASM* no será por sí sola conducente a la inclusión de las personas sanas en el foco de la atención pública. Es necesario en este sentido, generar los mecanismos para transitar de forma eficaz hacia una mirada de la salud que no esté circunscrita a la recuperación de la enfermedad, sino que aborde con el mismo énfasis la dimensión positiva de la salud y el desarrollo de capacidades en el ser humano.



## Referencias

- Alimi, D. (2015a). *The emergence of 'global actors': Strategies at stake and underlying effects*. Descargado 2016-07-22, de <http://www.icpublicpolicy.org/conference/file/reponse/1433967130.pdf>
- Alimi, D. (2015b). 'Going Global': Policy entrepreneurship of the global commission on drug policy. *Public Administration*, 93(4), 874-889. doi: 10.1111/padm.12187
- Bardach, E. (1998). *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. un manual para la práctica* (1.<sup>a</sup> ed.). México, DF: CIDE and Miguel Ángel Porrúa.
- Bennett, C., y Howlett, M. (1992). The lessons of learning: Reconciling theories of policy learning and policy change. *Policy Sciences*, 25(3), 275-294. doi: 10.1007/BF00138786
- Brown, T., Cueto, M., y Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from "International" to "Global" Public Health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62-72. doi: 10.2105/AJPH.2004.050831
- CESCR. (2000). *Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [E/C.12/2000/4]*. Ginebra: Naciones Unidas. Descargado de [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4)

2f4&Lang=en

- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation. health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: OMS. Descargado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43943>
- Del Castillo, G. (2014). Una perspectiva de política pública para el análisis de problemas públicos complejos. En A. Basail Rodríguez y s. Contreras Montellano (Eds.), *Memorias del 4 Congreso Nacional de Ciencias Sociales. [Capítulo VIII: El quehacer de las Ciencias Sociales: una visión desde adentro]* (p. 21-34). Descargado de <http://www.comecso.com/congreso/memoriasc.html>
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., y Kleinman, A. (1995). *World Mental Health. Problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press.
- de Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce and Extensión Universitaria, UdelaR. Descargado de [http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Descolonizar%20el%20saber\\_final%20-%20C%C3%B3pia.pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Descolonizar%20el%20saber_final%20-%20C%C3%B3pia.pdf)
- Dever, A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2, 453-466. doi: 10.1007/BF00303847
- Dobbin, F., Simmons, B., y Garrett, G. (2007). The global diffusion of public policies: Social construction, coercion, competition, or learning. *The Annual Review of Sociology*, 33, 449-272. doi: 10.1146/annurev

.soc.33.090106.142507

- Dolowitz, D., y Marsh, D. (1996). Who learns from whom: A review of the policy transfer literature. *Political Studies*, 44(2), 343-357. doi: 10.1111/j.1467-9248.1996.tb00334.x
- Dolowitz, D., y Marsh, D. (2000). Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy making. *Governance*, 13(1), 5-24. doi: 10.1111/0952-1895.00121
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Franco, A., y Álvarez, C. (2009). Salud pública global: Un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana a. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(6), 540-547. doi: 10.1590/S1020-49892009000600011
- Hannigan, B., y Coffey, M. (2011). Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy*, 101(3), 220-227. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.11.002
- Isunza Vera, E., y Gurza Lavalle, A. (2010). Precisiones conceptuales para el debate contemporáneo sobre la innovación democrática: participación, controles sociales y representación. En E. Isunza y A. Gurza (Eds.), *La innovación democrática en América Latina. tramas y nudos de la representación, la participación y el control social* (p. 17-80). México: CIESAS-UV. Descargado de [https://www.academia.edu/2498976/Precisiones\\_conceptuales\\_para\\_el\\_debate\\_contempor%C3%A2neo](https://www.academia.edu/2498976/Precisiones_conceptuales_para_el_debate_contempor%C3%A2neo)

\_sobre\_la\_innovaci%C3%B3n\_democr%C3%A1tica\_participaci%C3%B3n  
B3n\_controles\_sociales\_y\_representaci%C3%B3n

- Kolappa, K., Henderson, D., y Kishore, S. (2013). No physical health without mental health: lessons unlearned. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(1), 3-3A. doi: 10.2471/BLT.12.115063
- Krasner, S. (2001). La soberanía perdurable. *Colombia Internacional*(53), 25-42. Descargado de <https://colombiainternacional.uniandes.edu.co/view.php/388/index.php?id=388>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services. Descargado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lasswell, H. (1970). The emerging conception of the policy sciences. *Policy Sciences*, 1(1), 3-14. doi: 10.1007/BF00145189
- Lasswell, H. (1971). *A pre-view of policy sciences*. New York: American Elsevier.
- Lasswell, H. (1992). La orientación hacia las políticas. En L. Aguilar Villanueva (Ed.), *El estudio de las políticas públicas* (p. 79-103). México: Porrúa.
- Lasswell, H. (2003). On the policy sciences in 1943. *Policy Sciences*, 36(1), 71-98. doi: 10.1023/A:1022999931810
- Meier, B. M., y Onzivu, W. (2014). The evolution of human rights in World Health Organization policy and the future of human rights through global health governance. *Public Health*, 128(2). doi: 10.1016/j.puhe

.2013.08.012

- Mintrom, M. (1997). Policy entrepreneurs and the diffusion of innovations. *American Journal of Political Science*, 41(3), 738-770. doi: 10.2307/2111674
- Moya, J., Anguera, M., de Armas, M., y Catalán, M. (2014). *El impacto de la crisis económica en la salud mental de la población*. Barcelona: OSAM-CAT and Fundació Parc Taulí. Descargado 2016-07-22, de <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Impacte/Default.htm>
- Mullainathan, S., y Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why Having Too Little Means So Much*. New York: Time Books and Henry Holt and Company LLC.
- Novell, R., Rueda, P., Salvador, L., y Forgas, E. (2004). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: FEAPS. Descargado de [http://www.feaps.org/biblioteca/libros/coleccion\\_tex3.htm](http://www.feaps.org/biblioteca/libros/coleccion_tex3.htm)
- OECD. (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264228283-en
- OHCHR. (2015). *20 claves para conocer y comprender mejor los derechos humanos*. México, DF: OHCHR. Descargado de [http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=168&catid=17&Itemid=278](http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=168&catid=17&Itemid=278)
- OMS. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: OMS. Descargado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>

- OMS. (2001). *Atlas de recursos de salud mental en el mundo*. Ginebra: OMS. Descargado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66983/1/WHO\\_NMH\\_MSD\\_MDP\\_01.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66983/1/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1_spa.pdf)
- OMS. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado*. Ginebra: OMS. Descargado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>
- OMS. (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Ginebra: OMS. Descargado de [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/)
- OMS. (2013a). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS. Descargado 6 de junio de 2016, de <http://www.who.org/es>
- OMS. (2013b). *Salud mental: un estado de bienestar*. Descargado 24 de julio de 2016, de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- OMS. (2014). *Documentos Básicos (48<sup>a</sup> ed.)*. Ginebra: OMS. Descargado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- OPS. (2002). *La salud en las Américas (Vol. I)*. Washington, DC: OPS. Descargado de [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10&Itemid=121&lang=es](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=121&lang=es)
- OPS. (2013). *Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las américas*. Washington, DC: OPS. Descargado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=)

9690%3A2014-competencias-esenciales-salud-publica-un-marco  
-regional-america&catid=526%3Ainfo&Itemid=2054&lang=es

Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. En *Resolución 217 A (III)*. Descargado de <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=spn>

Organización de las Naciones Unidas. (1966, Diciembre). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En OHCHR (Ed.), *Los principales tratados internacionales de derechos humanos* (p. 9-21). Ginebra: Naciones Unidas. Descargado de [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/CoreInternationalHumanRightsTreaties\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/CoreInternationalHumanRightsTreaties_sp.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. (1969). *Convención de Viena sobre el derecho de tratados [U.N. Doc A/CONF.39/27]*. Viena: Naciones Unidas. Descargado 2016-07-22, de [http://www.oas.org/xxxivga/spanish/reference\\_docs/Convencion.Viena.pdf](http://www.oas.org/xxxivga/spanish/reference_docs/Convencion.Viena.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo [A/RES/61/106]*. New York: Naciones Unidas. Descargado 2016-07-22, de <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Peña, L., Espíndola, A., Cardoso, J., y González, T. (2007). La guerra como desastre. sus consecuencias psicológicas. *Huma-*

*nidades Médicas*, 7(3), online. Descargado 2016-07-22, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202007000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000300005&lng=es&tlng=es)

Pressman, J., y Wildavsky, A. (1984). *Implementation. how great expectations in Washington are dashed in Oakland* (3.<sup>a</sup> ed.). Berkeley, CA.: University of California Press.

Pérez Baltodano, A. (1997). The study of public administration in times of global interpenetration: A historical rationale for a theoretical model. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7(4), 615-638. Descargado de <http://www.jstor.org/stable/1181662>

Rittel, H., y Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155-169. doi: 10.1007/BF01405730

Rovere, M. (1992). International dimensions of health. En J. Ferreira, C. Godue, y M. Rodríguez (Eds.), *Pan American Health Organization. International Health: A north-south debate* (p. 149-164). Washington, DC: PAHO. Descargado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/14549.pdf>

Serrano, S., y Vázquez, D. (2013). *Los derechos en acción*. Ciudad de México: Flacso México.

Stone, D. (2000). Non-governmental policy transfer: The strategies of independent policy institutes. *Governance*, 13(1), 45-70. doi: 10.1111/0952-1895.00123

Stone, D. (2008). Global public policy, transnational policy communities,



and their networks. *The Policy Studies Journal*, 36(1), 19-38. doi: 10.1111/j.1541-0072.2007.00251.x

Stone, D., y Ladi, S. (2015). Global public policy and transnational administration. *Public Administration*, 93(4), 839-855. doi: doi:10.1111/padm.12207

Thompson, K. (2002). *Depresión y discapacidad: Guía práctica*. North Carolina: NCODH. Descargado de [http://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/other-resources/NCODH\\_DepressionSpanish.pdf](http://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/other-resources/NCODH_DepressionSpanish.pdf)

Vázquez, D., y Delaplace, D. (2011). Políticas públicas con perspectiva de derechos humanos: Un campo en construcción. *Sur. Revista Internacional de Derechos Humanos*, 8(14), 35-65. Descargado de <http://www.conectas.org/es/acciones/es-revista-sur/edicion/14>

## Anexos

En las siguientes tablas se refleja el proceso de análisis realizado sobre los instrumentos de derechos humanos para la identificación de obligaciones del Estado en materia de derecho a la prevención en salud mental: (3.2.5) Obligaciones referidas al sistema de protección de salud; (3.2.5) Obligaciones relativas a las condiciones de vida de las personas; (3.2.5) Obligaciones referidas a las condiciones medio ambientales y laborales; (3.2.5) Obligaciones relacionadas con la educación de la población y la entrega de información; y (3.2.5) Obligaciones relacionadas con la participación de las personas en las políticas públicas.

Luego de éstas, se encuentra el cuestionario que se elaboró a partir de el estándar de derecho en materia de prevención en salud mental (3.2.5), el que se utilizó para evaluar la incorporación de los contenidos de derechos humanos en el *PASM*.

## A.1. Matrices analíticas para la identificación de obligaciones en materia derecho a la prevención en salud mental

### A.1.1. Subderecho a un sistema de protección de salud que brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR. . .		
ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Calidad, Igualdad y no Discriminación, y Perspectiva de género	[Las violaciones de las obligac..] (175:1852-175:2813)	Es deber del Estado adoptar y aplicar una política nacional de salud que cuente con los mecanismos necesarios para supervisar el ejercicio equitativo del derecho a la salud en el plano nacional
Disponibilidad	Observación General N°14	Debe existir un sistema de protección de la salud mental que atienda de forma integral al derecho a la salud mental, incluido el derecho a la prevención en salud mental
Calidad	[obligación de adoptar medidas ..] (169:412-169:632)	El sistema de protección de salud mental debe considerar medidas deliberadas y concretas orientadas a la plena realización del derecho a la prevención en salud mental
Calidad	[Adoptar y aplicar, sobre la ba..] (173:1066-173:1276)	Se debe adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población
Calidad	[importancia de un enfoque inte..] (167:2645-167:3112)	El Estado debe atender la salud mental incorporando la prevención basado en reconocimientos periódicos para ambos sexos, rehabilitación psicológica destinada a mantener la funcionalidad y la autonomía de las person mayores, y la prevención secundaria y terciaria en enfermos crónicos y terminales
Disponibilidad	[Adoptar medidas para prevenir,..] (173:2113-173:2200)	El Estado debe adoptar medidas para prevenir las enfermedades epidémicas y endémicas

*(Continúa en la siguiente página. . .)*

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR. . .

ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Disponibilidad	[El derecho a tratamiento compr..] (165:1409-165:1678)	El sistema de protección de la salud mental considera mecanismos de acción para el caso de urgencias, y necesidades emergentes de salud mental que requieren atención temprana.
Calidad	[Por último, la obligación de c..] (169:2276-169:2501)	Las acciones del Estado orientadas a la plena realización del derecho a la salud deben estar acompañadas por medidas coherentes en los planos legislativo, administrativo, presupuestario, judicial, y en general, cualquiera que sea requerido para el cumplimiento efectivo del derecho a la salud mental
Calidad	Observación General N°14, párrafo 12	El sistema de protección de salud mental debe disponer de los recursos necesarios para cumplir efectivamente con la obligación de prevención adquiridas a partir de la normativa internacional
Accesibilidad Física - Accesibilidad Económica	Observación General N°14	El sistema de protección de salud mental debe distribuir sus esfuerzos de forma equitativa tanto geográficamente como considerando los requerimientos de poblaciones cuyas características haga necesario atención focalizada.
Accesibilidad - Aceptabilidad	[Velar por una distribución equ..] (173:964-173:1058)	El Estado debe promover la distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud mental
Accesibilidad económica	[b3) Accesibilidad económica (a..] (163:3693-164:625)	El sistema de protección de salud mental debe permitir el acceso a los bienes y servicios provistos por éste a todas las personas, sin importar su condición socioeconómica, ya sea este sistema estatal, privado o mixto
Aceptabilidad	Observación General N°14	Las acciones relacionadas con la prevención desarrollados por el sistema de protección de salud mental deben ser respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados

*(Continúa en la siguiente página. . .)*

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR. . .

ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Aceptabilidad - Calidad	[velar por que los servicios de..] (171:1497-171:1723)	El Estado debe desarrollar acciones tendientes a la capacitación del personal de salud mental para que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados
Calidad	[Proporcionar capacitación adec..] (173:2408-173:2540)	El Estado debe proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud mental y derechos humanos
Calidad	Observación General N°14, párrafo 7	El sistema de protección de salud mental provisto por el Estado debe identificar claramente los factores relevantes para el ejercicio del derecho a la salud mental
Calidad	Observación General N°14	El sistema de protección de salud mental debe definir acciones para el ejercicio del derecho a la prevención en salud mental considerando las características particulares de los grupos marginados o vulnerables de la población.
Calidad	Observación General N°14	Las acciones propuestas por el sistema de protección a la salud mental en relación con la prevención deben ser ejecutadas por personal debidamente capacitado en instalaciones cuyas condiciones sanitarias sean apropiadas
Calidad [Perspectiva De Género]	[C) ACEPTABILIDAD. TODOS LOS ES..] (164:961-164:1400)	Los establecimientos, bienes y servicios de salud proporcionados por el sistema de protección de salud mental deberán ser respetuosos de la ética médica, de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

*(Continúa en la siguiente página. . .)*

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR. . .

ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Calidad	[d) Calidad. Además de aceptabl..] (164:1404-164:1821)	El sistema de protección de salud mental considera requerimientos mínimos científica y médicamente adecuados en el desarrollo de sus actividades (capacitación del personal, medicamentos y equipos en buenas condiciones, agua limpia potable, y condiciones sanitarias adecuadas, entre otras).
Accesibilidad	[Además, la accesibilidad compr..] (163:3578-163:3684)	El sistema de protección de salud mental considera requerimientos sobre los espacios físicos en que se desarrollan sus actividades que aseguran el uso o participación de personas con discapacidades
Accesibilidad	[b3) Accesibilidad económica (a..] (163:3693-164:625)	El sistema de protección de salud mental debe permitir el acceso a los bienes y servicios provistos por éste a todas las personas, sin importar su condición socioeconómica, ya sea este sistema estatal, privado o mixto.
Accesibilidad	[Otras obligaciones incluyen el..] (170:3544-170:3675)	El Estado debe proveer mecanismos que garanticen el acceso de la población a la salud mental que sean asequibles para todos
Accesibilidad	[El Comité considera que los pue..] (168:540-168:904)	El sistema de protección de salud mental considera acciones específicas para los pueblos indígenas que tienden a mejorar su acceso a los servicios de salud
Accesibilidad Disponibilidad	[Facilitar medicamentos esencia..] (173:810-173:956)	Se debe asegurar la disponibilidad de, al menos, los medicamentos considerados esenciales por la OMS, y su distribución de forma que toda persona que lo necesite pueda adquirirlos
Disponibilidad	Declaración de Montreal, Párrafo 4	El sistema de protección de la salud mental debe asegurar la inclusión social, una calidad de vida adecuada, acceso a experiencias educativas adaptadas, acceso a un trabajo justamente remunerado, y acceso a servicios integrados en la comunidad para las personas con discapacidades intelectuales.

*(Continúa en la siguiente página. . .)*

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR. . .

ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Disponibilidad	Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas Principio XIV	El sistema de protección de la salud mental deberá proveer mecanismos que generen oportunidades efectivas de trabajo para las personas privadas de libertad; y de recibir una remuneración adecuada y equitativa por ello, de acuerdo con sus capacidades físicas y mentales, a fin de promover la reforma, rehabilitación y readaptación social de los condenados favoreciendo derecho al nivel más alto posible de salud mental.
Aceptabilidad	[El Comité considera que los pue..] (168:540-168:904)	Los servicios de salud deben tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales de los pueblos indígenas.

### A.1.2. Subderecho a disfrutar de condiciones de vida adecuadas

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR. . .		
ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Disponibilidad	[Estados deben garantizar la at..] (170:2614-170:2981)	El sistema de protección de salud mental debe considerar acciones que garanticen el acceso a condiciones de vida adecuadas asegurando la satisfacción de las necesidades básicas que dan sustento al bienestar mental (servicios básicos, vivienda, alimentación, entre otros).
Accesibilidad	[Asegurar el acceso a una alime..] (173:523-173:651)	El sistema debe considerar acciones orientadas a asegurar la disponibilidad de alimentos mínimos necesarios para satisfacer los requerimientos nutricionales que permitan acceder al goce del máximo nivel posible de salud mental
Accesibilidad	[Garantizar el acceso a un hoga..] (173:659-173:801)	Se debe considerar acciones relacionadas con el aseguramiento de condiciones de vivienda y servicios sanitarios básicos que aseguren la estabilidad necesaria para prevenir la aparición de trastornos mentales y/o limitaciones al máximo nivel posible de salud mental asociados a contextos de inestabilidad y escasez
Disponibilidad y Calidad	[velar por que el Estado cumpla..] (171:1734-171:1983)	El Estado debe difundir información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como de la disponibilidad de los servicios disponibles.

OBLIGACIÓN DE PROMOVER. . .		
ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Disponibilidad y Calidad	[velar por que el Estado cumpla..] (171:1734-171:1983)	El Estado debe difundir información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como de la disponibilidad de los servicios disponibles.





### A.1.3. Subderecho a gozar de condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR. . .		
ELEMENTO INS-TITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Accesibilidad	[los Estados Partes deben formu..] (171:249-171:555)	El sistema de protección de la salud mental debe considerar acciones preventivas en los ámbitos laborales orientadas a la mejora progresiva de las condiciones laborales que favorezcan el desarrollo del nivel más alto posible de salud mental (como por ejemplo, el establecimiento de jornadas semanales que permitan descansar, tener actividades extralaborales y recreativas; estabilidad laboral y seguridad social, etc.)
Calidad y Mecanismos de exigibilidad	[Los Estados también pueden con..] (174:2733-174:3235)	Es obligación del Estado el desarrollo, sostenimiento y actualización de una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo cuyos efectos sean exigibles, que provea las condiciones necesarias para el desarrollo del más alto nivel posible de salud mental.
Disponibilidad	[Los Estados también tienen la ..] (170:4033-170:4463)	El sistema de protección de salud mental debe ofrecer acciones que resguarden la higiene del medio ambiente y el trabajo de tal forma que el contexto de la población sea propicio para el desarrollo del nivel más alto posible de salud mental.

OBLIGACIÓN DE PROMOVER. . .		
ELEMENTO INS-TITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR

*(Continúa en la siguiente página. . .)*

OBLIGACIÓN DE PROMOVER. . .

ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Calidad	[15. El mejoramiento de todos ..] (164:3068-164:3332)	Las medidas de prevención en salud mental deben extenderse hasta el espacio laboral considerando acciones de política que promuevan la importancia del desarrollo de espacios laborales seguros minimizando los accidentes y la posibilidad de enfermedades relacionadas con el ejercicio profesional.
Disponibilidad	[Los Estados también tienen la ..] (170:4033-170:4463)	El Estado debe desarrollar acciones que favorezcan el desarrollo de actitudes de cuidado hacia el medio ambiente con base en la importancia de éste en la salud mental
Disponibilidad	[Los Estados también tienen la ..] (170:4033-170:4463)	El Estado debe desarrollar acciones que favorezcan el desarrollo de actitudes de autocuidado de la población en el espacio laboral con base en la importancia de éste en la salud mental
Disponibilidad	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Art. 8, N° 2.a.iii	El Estado debe promover el reconocimiento de las capacidades, méritos y habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral para facilitar la integración laboral de las personas con discapacidad
Aceptabilidad	[Además, la higiene industrial ..] (164:3706-165:298)	Las medidas de prevención en salud mental promueven la reducción progresiva de las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral

#### A.1.4. Subderecho a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR. . .		
ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Accesibilidad	[b4) Acceso a la información: e.] (164:634-164:801)	El sistema de protección de salud considera mecanismos de acceso a la información que garantice el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud
Aceptabilidad	[Con todo, el acceso a la infor..] (164:804-164:956)	Los mecanismos de acceso a la información resguardan al mismo tiempo la confidencialidad de los datos personales
Disponibilidad	[Asegurar el acceso a una alime..] (173:523-173:651)	Se debe considerar acciones orientadas a la educación en cuestiones alimentarias, sus efectos en la salud, y su importancia para la salud mental

OBLIGACIÓN DE PROMOVER. . .		
ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Calidad	[Además, el apartado b) del pár..] (165:301-165:628)	El Estado debe entregar la información necesaria para que la población tome conocimiento tanto de los elementos que resultan positivos como negativos para su salud mental
Disponibilidad	[16. "La prevención y el tratam..] (165:765-165:1103)	El Estado debe implementar programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud mental
Disponibilidad, Igualdad y no Discriminación, y Perspectiva de género	[Para suprimir la discriminación..] (166:2544-166:2741)	El Estado debe implementar y mantener una estrategia orientada a la entrega de información y educación que promueva el derecho a la salud mental de las mujeres de todas las edades
Calidad	[el fomento de las investigacio..] (170:3678-170:4028)	El Estado debe desarrollar acciones que favorezcan el incremento del conocimiento sobre las materias relacionadas con la salud mental

*(Continúa en la siguiente página. . .)*

OBLIGACIÓN DE PROMOVER. . .

ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Disponibilidad	[el fomento de las investigacio..] (170:3678-170:4028)	El Estado debe desarrollar acciones que contribuyan a la difusión del conocimiento en materias de salud mental entre la población
Disponibilidad	[Impartir educación y proporcio..] (173:2208-173:2400)	El Estado debe impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud mental en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esos problemas.

### A.1.5. Subderecho a la participación en las decisiones relacionadas con salud

OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR. . .		
ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Disponibilidad y Mecanismos de participación	[23. Los Estados Partes deben p..] (167:1653-167:1824)	El sistema de protección debe considerar acciones que garanticen a la población adolescente la posibilidad de participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud.
Disponibilidad	Observación General N°14	El sistema de protección de salud mental incorpora la participación directa de actores locales en la implementación de sus propuestas de acción permitiéndoles adaptar dichas acciones a las condiciones del contexto de aplicación.

OBLIGACIÓN DE PROMOVER. . .		
ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Calidad y Mecanismos de participación	[Para promover la salud, la com..] (176:547-176:891)	El Estado debe proveer mecanismos efectivos de participación de la comunidad para que ésta incida en la fijación de prioridades, adopción de decisiones, planificación y aplicación de evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud mental.
Disponibilidad	[Los Estados deben proporcionar..] (168:906-168:1112)	El Estado debe incorporar acciones que permitan a los pueblos indígenas establecer, organizar y controlar los servicios de salud de tal forma que estos participen activamente de las decisiones referidas a su salud mental
Calidad	[apoyar a las personas a adopta..] (171:1989-171:2092)	El Estado debe proveer orientación a las personas que lo necesiten en cuestiones relativas a la salud mental para apoyarles en la toma de decisiones respecto de su salud mental

*(Continúa en la siguiente página. . .)*

OBLIGACIÓN DE PROMOVER. . .

ELEMENTO INSTITUCIONAL	FUENTE	ESTÁNDAR
Calidad, Igualdad y no Discriminación, y Mecanismos de participación	[estrategia y el plan de acción..] (173:1284-173:1677)	El Estado debe generar mecanismos que permitan a la población tomar decisiones apropiadas e informadas en la participación de ésta en las cuestiones de políticas públicas de salud mental.

## A.2. Cuestionario para la evaluación del Estándar en el Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020

### A. SUBDERECHO A UN SISTEMA DE PROTECCIÓN DE SALUD QUE BRINDE OPORTUNIDADES IGUALES PARA DISFRUTAR DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD

- ¿Promueve la existencia de un sistema de garantía/protección de salud que:
  - (...) considere al 100 % de la población como su población objetivo?
  - (...) esté guiado por el principio de igualdad y no discriminación?
  - (...) defina acciones de política pública coordinadas?
  - (...) defina condiciones mínimas de calidad y aceptabilidad?
  
- ¿Promueve la existencia de una política nacional de salud que:
  - (...) oriente la acción del sistema de protección de salud considerando a los derechos humanos en su justificación
  - (...) considere los mecanismos necesarios para supervisar el ejercicio equitativo del derecho
  - (...) explicita líneas de acción en el ámbito de la prevención en salud mental
  - (...) identifique los organismos responsables de su ejecución
  
- ¿Promueve la identificación de objetivos claros que:
  - (...) dispongan del máximo uso de recursos disponibles
  - (...) consideren acciones en el plano normativo (legislativo y/o judicial)
  - (...) consideren acciones en el plano ejecutivo (administrativo y/o presupuestario),



- (...) consideren acciones en otros planos necesarios para el cumplimiento efectivo del derecho.
  
- ¿Promueve la incorporación de mecanismos en el sistema de protección de salud que:
  - (...) garanticen el reconocimiento de la necesidad de acciones preventivas en salud mental
  - (...) permitan definir medidas deliberadas y concretas orientadas a la prevención en salud mental
  - (...) orienten la acción coordinada de los actores involucrados en la ejecución de las acciones de política pública
  - (...) permitan la evaluación periódica y permanente de los resultados de las acciones desarrolladas por el sistema de protección de salud en materia de prevención en salud mental.
  
- ¿Promueve el sistema de protección de salud la fundamentación epidemiológica de las acciones de política pública, y sobre éstas:
  - (...) la adopción y aplicación de una Estrategia Nacional de Salud Pública que explícitamente considere los derechos humanos
  - (...) la adopción y aplicación de un Plan Nacional de Salud Pública que explícitamente considere los derechos humanos
  - (...) la coherencia entre los distintos niveles lógicos de la acción pública?
  
- ¿Promueve que las acciones de prevención en salud mental:
  - (...) Realice reconocimientos periódicos en la población
  - (...) Estimen la necesidad de rehabilitación psicológica destinada a mantener la funcionalidad y autonomía de personas mayores

- (...) Estimen la necesidad de prevención secundaria y terciaria en la población con enfermedad crónica y terminal
- (...) Estimen la necesidad de prevención cuaternaria en la población con enfermedad crónica y terminal
  
- ¿Sugiere de las pruebas epidemiológicas que fundamentan la acción pública que:
  - (...) reconozcan de forma permanente la prevalencia e incidencia de trastornos mentales?
  - (...) reconozcan de forma permanente los factores de riesgo biopsicosocial asociados a la salud mental?
  - (...) asistan en el establecimiento y activación de mecanismos de acción en caso de urgencias y necesidades emergentes que requieran atención temprana?
  
- ¿Promueve la accesibilidad de los servicios de salud, considerando en la planificación de acciones relacionadas con la salud:
  - (...) el reconocimiento de la distribución geográfica de la población?
  - (...) el reconocimiento de las características sociodemográficas de la población?
  - (...) la distribución de bienes y servicios que maximice el acceso de la población
  - (...) la distribución equitativa de bienes y servicios provistos por el sistema de protección de salud
  
- ¿Promueve la aceptabilidad de las acciones propuestas por el sistema de protección de salud mental, incorporando:
  - (...) acciones coherentes con la ética médica?
  - (...) acciones culturalmente apropiadas?

- (...) la consideración de la capacitación del personal de salud mental en materias importantes para el respeto de las diferencias culturales
- (...) la consideración de la capacitación del personal de salud mental en derechos humanos
  
- ¿Sugiere de las instalaciones en que se desarrollen las acciones de política pública que:
  - (...) mantengan condiciones sanitarias apropiadas?
  - (...) permitan el acceso y participación de personas con limitaciones físicas?
  
- ¿Sugiere, respecto de la acción pública, que esta identifique los factores determinantes de la salud:
  - (...) de carácter específico en cada grupo de la población
  - (...) de carácter general en la población

#### **B. SUBDERECHO A DISFRUTAR DE CONDICIONES DE VIDA ADECUADAS**

- ¿Promueve el reconocimiento de la necesidad de proveer de condiciones de vida adecuadas que favorezcan el desarrollo del mayor nivel de salud posible:
  - (...) justificando la relevancia de las condiciones de vida en las personas
  - (...) identificando qué condiciones básicas son las mínimas necesarias de atender
  - (...) instando a la identificación de la situación de la población respecto de éstas condiciones de vida
  - (...) promoviendo la generación y medición de indicadores de estas condiciones

- ¿Promueve la consideración de las cuestiones nutricionales como parte fundamental de la prevención en salud mental:
  - (...) instando el aseguramiento de la disponibilidad de alimentos relevantes para el normal desarrollo y funcionamiento de las capacidades cognitivas, basándose en el aporte nutricional de éstos
  - (...) instando la adopción de medidas tendientes a asegurar la asequibilidad de dichos alimentos
  
- ¿Promueve la consideración de las condiciones habitacionales como factor relevante de la prevención en salud mental:
  - (...) reconociendo la necesidad de asegurar el acceso a una vivienda estructural y económicamente estable que permita vivir sin las inseguridades derivadas de la precariedad habitacional.
  - (...) reconociendo la necesidad de asegurar la disponibilidad de agua y servicios sanitarios, íntimamente asociados con el bienestar personal y familiar.
  - (...) reconociendo la necesidad de asegurar la disponibilidad de electricidad y otros servicios básicos relevantes para la población que favorecen condiciones de bienestar.
  - (...) reconociendo la necesidad de garantizar la disponibilidad y accesibilidad a la atención de salud y seguridad pública, favoreciendo la sensación de seguridad en el entorno.
  
- ¿Reconoce la necesidad de implementar acciones orientadas a la promoción de la importancia de los factores relacionados con las condiciones de vida en la salud mental:
  - (...) incentivando la adopción de acciones de política pública intersectoriales de promoción en los diversos ámbitos

**C. SUBDERECHO A GOZAR DE CONDICIONES SANAS EN EL TRABAJO Y EL MEDIO AMBIENTE**

- ¿Promueve el reconocimiento de la necesidad de proveer de condiciones laborales y medioambientales sanas que favorezcan el desarrollo del mayor nivel de salud posible:
  - (...) justificando la relevancia de las condiciones laborales en las personas para la salud mental
  - (...) justificando la relevancia de las condiciones medioambientales en las personas para la salud mental
  - (...) identificando condiciones laborales y medioambientales mínimas necesarias para favorecer el desarrollo del nivel más alto posible de salud mental
  - (...) instando a identificar la situación de la población respecto de éstas condiciones
  
- ¿Promueve el desarrollo de acciones de política pública orientadas a la mejora progresiva de las condiciones laborales:
  - (...) instando el desarrollo de legislación que promueva las condiciones laborales saludables
  - (...) instando a la consideración de plazos para la actualización de las condiciones laborales, ajustándolas a los cambios del contexto.
  - (...) considerando la necesidad de disponer de mecanismos para la debida supervisión del cumplimiento de las normativas implementadas.
  - (...) instando a la regulación de, al menos, la jornada laboral y la remuneración.
  
- ¿Promueve el desarrollo de acciones de política pública orientadas a que la población reconozca la importancia de la higiene ambiental y laboral:
  - (...) considerando el reconocimiento de los derechos de las personas con relación a este ámbito?

- (...) considerando el reconocimiento de los deberes de las personas con relación a este ámbito?
- (...) fortaleciendo la capacidad de las personas para cuidar de su medio ambiente
- (...) fortaleciendo la capacidad de las personas para cuidar de su ambiente laboral
- ¿Promueve la política pública el trabajo como un espacio de desarrollo personal:
  - (...) instando al reconocimiento de su importancia en el desarrollo de capacidades
  - (...) instando al reconocimiento de su importancia en la satisfacción de las necesidades psicológicas relacionadas con la interacción social

#### D. SUBDERECHO A LA EDUCACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE CUESTIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

- ¿Promueve el desarrollo de acciones de política pública que provean mecanismos de acceso a la información en temas relacionados con la prevención en salud que:
  - (...) instando a garantizar el derecho de solicitar, recibir, y difundir información
  - (...) instando a garantizar la confidencialidad de los datos personales
- ¿Promueve acciones de política pública orientadas fortalecer la educación de las personas en asuntos relevantes para la salud mental:
  - (...) instando a trabajar de forma permanente en la educación en salud
  - (...) instando a considerar la interdependencia de otros derechos humanos con el derecho a la prevención en salud

- (...) instando a considerar los determinantes sociales de la salud
- (...) instando a contemplar el rol de la alimentación en la salud mental
  
- ¿Promueve la adopción de mecanismos que permitan reconocer problemas emergentes en salud mental para ser abordados en las acciones orientadas a la educación en salud?
  
- ¿Promueve la consideración de las diferencias de género en materia de prevención en salud mental:
  - (...) explicitando las diferencias en relación con las necesidades de educación
  - (...) considerando también los cambios de estas necesidades a lo largo de toda la vida
  
- ¿Promueve el desarrollo de investigación en las cuestiones relacionadas con prevención en salud mental?

#### **E. SUBDERECHO A LA PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES RELACIONADAS CON SALUD**

- ¿Promueve la adopción de mecanismos que incorporen de forma activa a las personas en la ejecución de las acciones de política pública adoptadas:
  - (...) instando a los dispositivos de salud a incorporar a la población local en la decisión, implementación y evaluación de las acciones de política pública relacionadas con el ejercicio del derecho a la prevención en salud mental
  - (...) instando a generar mecanismos especiales para la población adolescente en relación con su participación en actividades de prevención
  - (...) reconociendo la importancia de la adaptabilidad de estos mecanismos en el tiempo o en diversos contextos.

(...) instando a entregar completa la información necesaria para que las decisiones de la población no resulten iatrogénicas

---

Cuente los puntos obtenidos por cada subderecho y ubique el resultado en el cuadro correspondiente (*'P. Obtenido'*). Posteriormente, en el cuadro siguiente, ubique el resultado de la división entre el *P. Obtenido* y el valor *Máx*, multiplicado por 100:

	Máx	P.Obtenido	% Obtenido
Total de reactivos:	98		%
Subderecho A:	47		%
Subderecho B:	15		%
Subderecho C:	18		%
Subderecho D:	13		%
Subderecho E:	05		%



### A.3. Cuestionario para la identificación de elementos transversales

Dimensión	La política...
<b>PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN</b>	
Identificación de grupos en situación de vulnerabilidad	¿Señala la necesidad de identificar grupos en situación de vulnerabilidad? ¿Mediante qué mecanismos? ¿Identifica grupos en situación de vulnerabilidad? ¿Cuáles grupos?
Discriminación Indirecta	¿Destaca la necesidad de identificar los efectos negativos de políticas públicas en materia prevención de salud mental sobre determinados grupos?
Acciones afirmativas	¿Reconoce la necesidad de acciones especiales orientadas al cumplimiento del derecho en los grupos identificados?
Acciones transformativas	¿Destaca la necesidad de considerar medidas eficaces y apropiadas orientadas a la transformación de las tradiciones culturales que resultan en daño o limitaciones al mayor nivel posible de salud mental de la población? ¿Destaca la necesidad de considerar medidas orientadas al aseguramiento de la mejora progresiva de las condiciones de bienestar de la población en relación con la salud mental?
<b>PERSPECTIVA DE GÉNERO</b>	
Violencia	¿Considera medidas especiales tendientes a prevenir posibles daños al bienestar psicológico de la población originados por relaciones violentas motivadas por las diferencias de género?
Discriminación	¿Considera acciones orientadas a prevenir el daño y/o limitaciones al bienestar psicológico provocados por situaciones de discriminación por cuestiones de género?

*(Continúa en la siguiente página...)*

Dimensión	La política...
Focalización	¿Considera las diferencias de género en la definición de las acciones de prevención?
<b>MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN</b>	
Información	<p>¿Considera mecanismos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. permitan a la sociedad hacer presente sus necesidades e intereses en los procesos de definición de problema y construcción de alternativas de política pública?</li> <li>B. comprometan al Estado a comunicar a la población los procesos decisionales que construyen la política pública de salud mental?</li> <li>C. provean instancias de intercambio simultáneo de información?</li> </ul>
Poder	<p>¿Considera mecanismos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. permitan a la sociedad tomar decisiones respecto del diseño del sistema de protección de salud mental?</li> <li>B. limiten el marco decisional de los actores, con el fin de resguardar el cumplimiento de los derechos humanos?</li> <li>C. provean instancias de decisión consensuada sobre aspectos del diseño del sistema de protección en igualdad de condiciones?</li> </ul>