



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: artículo científico

Revista arbitrada: *Psicología, Conocimiento y Sociedad*

*El enfoque étnico-racial en las leyes de salud mental  
latinoamericanas*

Estudiante: Viviana CABRERA SANGUINETTI

C. I.: 4.115.442-6

Tutora: Mónica OLAZA LÓPEZ

Revisor: Nelson DE LEÓN

*Montevideo, julio de 2017*

# Índice

Resumen/Abstract .....	2
1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. DESARROLLO.....	5
2.1 Lo étnico-racial: un tema a considerar .....	5
2.2. Salud mental y afrodescendencia.....	8
2.3. La salud mental en legislaciones de Uruguay.....	12
2.4.Lo étnico-racial en la legislación latinoamericana sobre salud mental .....	16
CONCLUSIONES.....	22
Referencias bibliográficas .....	24

# Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar la incorporación del enfoque étnico-racial en las leyes de salud mental latinoamericanas. En el análisis documental se constató que a fines del siglo XX y principios del XXI comienzan, a nivel global y particularmente en América, los cambios de paradigma a nivel multidimensional y cultural; en esta línea, resurgen culturas que por mucho tiempo estuvieron «olvidadas». En 2005, lo étnico-racial toma mayor protagonismo dentro del Estado uruguayo, debido, en parte, a condiciones de salud desfavorables y a inequidades sociales de larga data: esto provocó cambios en los principios rectores de las políticas públicas. Dentro de estos principios se destacan la equidad, la promoción y la prevención: ellos se ven reflejados en las directivas de las leyes de salud mental analizadas. Además, allí también se reconoce la importancia de no ser discriminados ni por tener un trastorno mental ni por el color de piel. De todas formas, consideramos que falta aún mucho camino por recorrer para fortalecer y mejorar aquellas políticas que buscan ser más igualitarias.

*Palabras clave: étnico-racial, salud mental, legislaciones, América Latina*

# Abstract

The objective of this work is to present the incorporation of the ethnic-racial approach in the laws of mental health in Latin America. In documentary analysis it was found that at the end of the 20<sup>th</sup> century and the beginning of the 21<sup>st</sup> century, at the global level and particularly in America, the paradigm changes at the multidimensional and cultural level; in this line, re-emerge cultures that for a long time were «forgotten». In 2005, the ethnic-racial aspect takes on greater prominence within the Uruguayan State, in part due to unfavorable conditions of health and long-standing social concerns. This situation caused changes in the guiding principles of public policies. Within these principles, the equity, promotion and prevention stand out: they are reflected in the directives of mental health laws analyzed. Besides, the importance of not being discriminated neither for having a mental disorder nor for skin colour is also recognized there. Anyway, we consider that there is still a long way to go to strengthen and improve those policies that seek to be more equitable.

*Key words: ethnic-racial, mental health, legislations, Latin America.*

# 1. Introducción

«Los movimientos que pretenden la dominación cultural existen porque explotan el resentimiento y las inquietudes reales de las personas. Desear que no existan, pretender que no están o simplemente declarar su ilegalidad solo les da más legitimidad para crecer. Por lo tanto, para sofocarlos, los Estados deben responder con medios constructivos, abiertos y legítimos a las fuerzas que los alientan.» (PNUD, 2004, p.84)

El presente artículo tiene como finalidad realizar un recorrido por las consideraciones étnico-raciales de las leyes de salud mental latinoamericanas entre los años 2000 y 2017, con el objetivo de analizar las repercusiones que tuvieron esas leyes en el actual proyecto de ley uruguayo. Se escoge este período debido a que en él tuvieron lugar cambios significativos a nivel social, cultural, económico y político que la globalización fue gestando, sin respetar la diversidad de las culturas existentes. La Unesco (2002) plantea que se está ante una oportunidad histórica para restablecer la «invisibilidad» que viven algunas comunidades, revalorizándolas para lograr así su desarrollo:

En nuestras sociedades, cada vez más diversificadas, resulta indispensable garantizar una interacción armoniosa y una voluntad de convivir de personas y grupos con identidades culturales a un tiempo plurales, variadas y dinámicas. Las políticas que favorecen la integración y la participación de todos los ciudadanos garantizan la cohesión social, la vitalidad de la sociedad civil y la paz. Definido de esta manera, el pluralismo cultural constituye la respuesta política al hecho de la diversidad cultural [...]. (Unesco, 2001, art. 2)

En esta exposición se tendrán en cuenta dichos cambios, pues consideramos que son fundamentales en el proceso de transformación de la visión sobre la cuestión étnico-racial y, por consiguiente, en su tratamiento a través de políticas públicas. Se realizó una revisión documental sobre las leyes latinoamericanas de salud general y salud mental en particular, con el fin de encontrar en ellas algún componente de carácter étnico-racial; de ello surgieron como antecedentes las legislaciones de países como Perú, Brasil, Colombia, República Dominicana, Cuba y Argentina. En la documentación recabada se plantea la necesidad de incorporar la salud mental como parte de la salud pública y no como una sección diferente, partiendo desde una mirada multidimensional.

En lo que respecta a lo étnico-racial queda esbozado en la mayoría de las leyes tratadas la premisa de la no discriminación por raza o color, pero sin considerar esta dimensión como específica y a destacar. Una excepción es el *Estatuto de igualdad racial* de Brasil, que contiene una serie de capítulos destinados a diferentes ámbitos, como la educación, lo laboral, los derechos, la cultura o la salud; además, en él se

destaca (en el capítulo 1, dedicado al derecho a la salud en general) la importancia de la participación de diferentes actores en la elaboración de políticas públicas y en el mejoramiento de los cuidados sanitarios, así como también se plantea la relevancia de estar informado sobre temas de salud relacionados a los afrobrasileños.

Por último, se presentan algunas conclusiones y las referencias bibliográficas consultadas.

## 2. Desarrollo

### 2.1. Lo étnico-racial: un tema a considerar

Durante las últimas décadas, en Latinoamérica se ha debatido acerca de la «racialización» de comunidades descendientes de africanos. Quijano (2000) presentó el concepto de *raza* como una categoría anclada en la Modernidad y sin referencias anteriores al descubrimiento de América. De hecho, esta categoría se fue forjando mediante relaciones sociales, de las que nacieron nuevas identidades, representadas por los negros, los mestizos o los blancos; a su vez, de esta forma se configuró lo que podríamos llamar *relaciones de dominación*. Entonces, a partir de esto, la noción de raza fue adquiriendo, en Europa, una carga negativa cada vez mayor (Lamus, 2012).

La discriminación racial y el racismo son contextuales, puesto que se han adaptado a la realidad histórico-cultural, social y política de cada momento. Sin embargo, siempre aparece un común denominador entre los afrodescendientes, que es el hecho de sentirse discriminados (Ramírez, 2012). El racismo es un fenómeno social que se manifestó en los diferentes espacios sociales desde la colonización; la raza, como concepto, se usó para justificar, en cierta manera, la exclusión y para darle a esta un carácter natural. Cualquier clasificación por raza es una falsedad, ya que las diferencias que pueden existir son mínimas y casi inexistentes: lo que existe es una mirada «racializada» a través de lo biológico. En consecuencia, podemos considerar que la raza es un constructo social que muchas veces toma como patrón el fenotipo (Olaza, 2017).

La ley n° 12 288, que instituye al *Estatuto de igualdad racial de Brasil*, define la discriminación étnico-racial como:

[...] toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en raza, color, descendencia u origen nacional o étnica que tenga por objeto anular o restringir el reconocimiento, gozo o ejercicio, en igualdad de condiciones, de derechos humanos y libertades fundamentales en los campos político, económico, social, cultural o en cualquiera otro campo de la vida pública o privada. (Brasil, 2010, párr. 2)

Los procesos culturales y sociales que caracterizan al mundo de hoy se destacan por la persistencia de conflictos tanto en lo nacional como en lo étnico. Las formas de discriminar y de excluir, la mayoría de las veces, se dan a través de violencia y de agresión hacia los derechos humanos. En las sociedades actuales conviven muchos grupos diferenciados, a los que podemos denominar *otredad*, que son necesarios para la formación de una identidad colectiva (Margulis, 1997).

Para lograr esa identidad colectiva se debe pensar en el desarrollo humano, con el que se trata de ampliar las «opciones» para que todos puedan elegir la vida que quieren llevar (PNUD, 2016). Según PNUD (2004), los grupos más vulnerables son las minorías de inmigrantes o algunos grupos étnicos, que padecen aún de escasas posibilidades en comparación con el resto.

Negar al otro es un tipo de discriminación cultural que se ha transmitido a lo largo de la historia. En la Modernidad, esta clase de exclusión se vio reflejada en la distribución de los ingresos, conformando un sesgo elitista en las relaciones de poder y siendo un obstáculo para el desarrollo normal de los Estados democráticos. La negación de la cultura y de la identidad del otro que no es igual al «dominante» constituye lo que se llama *discriminación étnico-racial* (Hopenhayn y Bello, 2001).

Este tipo de discriminación también conlleva a desigualdades en salud. Hurtado, Rosas y Valdés (2013) afirman que los Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han destacado las brechas que existen en esta área para determinados grupos étnico-raciales. La salud como derecho es necesaria para construir lo que se denomina *cobertura universal*: desde lo individual, implica el derecho de cada sujeto a condiciones de vida adecuadas para acceder a un buen estado de salud; desde lo colectivo, debe responder a las necesidades de todas las personas (Jorcin, 2012).

Por mucho tiempo existió y continúa existiendo la exclusión económica y social de los pueblos que pertenecen a diferentes grupos étnicos que no son dominantes. A través de los discursos se «invisibiliza» la realidad y se toma esa «exclusión» como natural, pues no se consideran sus derechos en las alternativas de planes y programas a desarrollar (Artiles, 2007).

La diferenciación social parte de que es más difícil encontrar las semejanzas y mucho más fácil visualizar las diferencias. El problema comienza cuando no se acepta al otro, dado que esto posibilita la existencia de un relativismo cultural. Hay dos formas que apoyan esta diferenciación social: por un lado, a través de la negación implícita, al decir, por ejemplo, que «somos todos iguales»; por otro, la minimización del «diferente», como forma de destrucción o discriminación (Olaza, 2012).

Cuando se habla de discriminación y de falta de oportunidades, vemos cómo esa «colonialidad del poder» se refiere a una clasificación social que se apoya en una jerarquía racial y también sexual, que va desde lo «superior» a lo «inferior». Dicha clasificación se basa en los diferentes estratos sociales (blancos, mestizos, indios y negros) y con ella se le da sentido a la explotación (entre otras cosas) del trabajo bajo el poder del capital: esto es conocido como la *racialización* y la *capitalización* de las

relaciones sociales (Quijano, 2000). A las poblaciones «dominadas» se les reduce el acceso a la salud, a la educación y a los salarios dignos, siempre en comparación con la población blanca (CEPAL, 2000).

¿Qué sucede en Uruguay en lo que refiere a discriminación? Olaza (2012) manifiesta que «Hasta el momento, la sociedad uruguaya parece no haber cuestionado seriamente la posibilidad de existencia de discriminación y de racismo en sus actitudes y prácticas» (p. 21). Además, agrega que «[...] en la vida cotidiana de los uruguayos el racismo continúa en prácticas, representaciones y discursos» (Olaza, 2012, p.136).

A comienzos de la década de los ochenta se cuestionaron las concepciones que planteaba el paradigma clásico, que proponía una visión «monolítica y determinista de la sociedad». Con esto se gestó una diversidad de teorías que enriquecieron el estudio de los diferentes procesos sociales, económicos, políticos y culturales, que fueron concebidos a partir de los distintos movimientos sociales en el reclamo de los derechos humanos y de sus garantías. En el siglo XXI, estos efectos sociales, culturales, políticos y económicos se multiplicaron, lo que agudizó la desigualdad social. Este hecho implicó una mayor comprensión de los abordajes pertinentes a la temática, con el fin de poder encontrar el lugar que esta necesita ocupar (Garretón, 2001).

Frente a esta problemática, los cambios a nivel social y gubernamental producidos en los diferentes países, y particularmente en el nuestro, están focalizados, en su mayoría, en cómo mejorar la equidad y el acceso universal a los derechos de las personas en educación, economía, cultura y lo que nos compete en esta exposición, es decir, la salud.

La OMS (2009) plantea que las políticas sociales y económicas tienen fundamental importancia en las posibilidades de la población, al considerar que desde la niñez se desarrolla y crece su potencial a partir de una vida digna. En efecto, incluso el desarrollo de una sociedad, pobre o rica, puede medirse por la calidad de salud que tengan sus habitantes (OMS, 2009).

Hoy en día la atención en salud debe considerar al individuo en sus diferentes representaciones psicosociales, que se dan por múltiples variables. Dentro de estas variables se mencionan las sociales, las políticas, las culturales, las ambientales y las económicas, que provocan un estado armónico «cuerpo-mente-emociones» e interactúan a su vez con las relaciones interpersonales, sociales y del medio. En salud mental, las relaciones interpersonales y sociales se construyen en forma integral, pues articulan aspectos humanos, sociales, políticos, económicos y culturales (Tobón, 2005).



Nuestro país continúa trabajando en un proyecto de ley sobre salud mental, que fue impulsado por autoridades del Ministerio de Salud Pública, por actores políticos, por familiares de usuarios, por técnicos y por organizaciones sociales. Con él se intenta mejorar las condiciones de acceso para todos los usuarios del sistema de salud; además, según este proyecto la salud mental es «[...] un proceso dinámico determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, siendo parte inseparable de la salud integral» (Uruguay, 2016, párr. 3).

La finalidad de este proyecto es asegurar el acceso universal de todos los usuarios, considerando que la salud es un derecho; por otro lado, se hace énfasis en la protección de la salud mental. Asimismo, se toman en consideración aspectos sobre prevención, protección y universalización, así como también el principio de no discriminación, sea por estatus social, por creencias, por género o por raza (Uruguay, 2016). Es pertinente considerar que en este proyecto no se brindan argumentos sólidos en defensa de la igualdad étnico-racial, puesto que se menciona someramente la no discriminación por color o raza, sin profundizar el concepto desde la multiculturalidad que atraviesa la sociedad en nuestros días.

Si tenemos en cuenta que las sociedades de la hipermodernidad se enfrentan a importantes combates, amenazas y oportunidades, podemos decir que es necesario para sobrellevar estos vaivenes que las comunidades sean más abiertas, equitativas y, por lo tanto, más inclusivas: deben apoyarse en la solidaridad y en la comprensión, reconociendo la diversidad. Todo esto es importante en la elaboración de un destino común (Scuro, 2008). Si reconocemos la diversidad, ¿qué sucede con el componente racial en las leyes de salud propuestas?

## 2.2. Salud mental y afrodescendencia

América presenta una demografía diversa y heterogénea (de hecho, una de las más complejas del mundo), dado que la conquista, la colonización y la inmigración han llevado a la convivencia de numerosos grupos étnicos, más que en cualquier otra parte de la región. En las Américas las comunidades de origen africano viven diferentes situaciones, dependiendo de los escenarios geográficos: por ejemplo, en las naciones angloparlantes del Caribe, estos grupos representan la mayoría y, a su vez, participan en el ámbito político. Por su parte, en los demás países latinoamericanos los afrodescendientes son la minoría de mayor importancia en lo que respecta a número, y es destacable que este grupo no tenga una actividad política amplia, sino más bien restringida (Torres, 2001).

La población afrodescendiente en nuestro país también enfrenta dificultades a la hora de integrarse socialmente o de acceder a las necesidades básicas. Estas desigualdades se traducen en las vivencias cotidianas. Cabella, Nathan y Tenenbaum (2013) sostienen que, al estudiar la distribución de la población de acuerdo al grado de carencia, los afrodescendientes corren desventajas con respecto al resto de la población, lo que se refleja en necesidades básicas insatisfechas, como el confort, la vivienda, la educación, el saneamiento y el acceso al agua potable. En suma, según el análisis del censo 2011, los afrodescendientes presentan un mayor déficit en el cumplimiento de sus necesidades básicas que el resto de la población (Cabella, Nathan y Tenenbaum, 2013).

Según algunos informes realizados por la ONU y la CEPAL (citados en Olaza, 2011), los Estados, al conocer estas realidades, deberían tomar otras posturas más activas para solucionar los problemas étnico-raciales, de forma de alcanzar una integración social efectiva.

Las problemáticas en salud mental constituyen un desafío para el siglo que transcurre y son mucho más imperiosas para América. En este continente, el tema de la salud mental debería ser prioritario para los Estados, las comunidades y las personas, por las desigualdades sociales que existen y por la distribución de los bienes o del empleo, así como también por el acceso a la educación o a la sanidad. Para esto, las políticas públicas deberían reflejar tanto en la salud mental como en la física una orientación a la integración, de modo que todas las personas que padezcan trastornos mentales, psicológicos o neurológicos puedan ser tratadas con «equidad» (OPS y OMS, s./f.).

En este sentido:

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características [sic] individuales, tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales. (OMS, 2013, p. 7)

Como antecedente, en el *Plan nacional contra el racismo y la discriminación* (Uruguay, 2011a) se exploró la situación de los afrodescendientes de nuestro país, estableciendo entre sus objetivos que las políticas públicas se deberían centrar en la lucha contra la discriminación y el racismo, al tiempo que se fundamentan desde una perspectiva de derechos. Allí también se pretende, entre otros puntos, visualizar todas aquellas prácticas que sean discriminatorias hacia los estratos sociales más vulnerables: para contrarrestar esta situación, sería necesario empoderar a los diferentes colectivos que

sean afectados. Además, se planteó como finalidad incorporar, a partir de la transversalidad, lo referente a derechos humanos en las políticas públicas de nuestro país. En cuanto a las consideraciones finales, se concluye que el diseño del plan debe integrar en las políticas públicas la perspectiva de igualdad, con un enfoque étnico-racial, al tiempo que se fortalecen los movimientos afrodescendientes desde la sociedad civil. Dichos movimientos abordan el fenómeno del racismo desde una deconstrucción del término *raza* (Uruguay, 2011a).

De acuerdo al censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (2011, citado en Cabella, Nathan y Tenenbaum, 2013), los afrodescendientes tienen las peores condiciones de vida (tanto a nivel laboral como social) en lo que respecta al acceso a diferentes servicios. Estas desigualdades que se visualizan en todo el territorio nacional también se dan en relación con la sanidad (Cabella, Nathan y Tenenbaum, 2013).

A su vez, Rudolf *et al.* (2008) plantea que algunas de las limitaciones a nivel económico que presenta la mayoría de la población afrodescendiente no son consideradas por ellos como discriminatorias a sus derechos ciudadanos (Scuro, 2008).

En la búsqueda de antecedentes sobre los afrodescendientes y salud mental, se verificó que a lo largo del tiempo este sector de la población se ha visto tradicionalmente afectado por grandes desigualdades e inequidades, además de frecuentes prejuicios. Si bien esto genera preocupación en lo que respecta a los derechos para satisfacer sus necesidades básicas, también nos permite hablar de otro tema que es importante para comprender la situación: el estigma que a nivel social sufren, más aún si padecen trastornos mentales.

El estigma es conocido a nivel social cuando se tiene algún problema relacionado a lo mental. No conocer las enfermedades mentales lleva a que se «marque» a todos aquellos que las padecen, es decir, se los etiqueta. El impacto de este hecho es muy negativo, sobre todo si se pertenece a grupos vulnerables socialmente (Arnaiz y Uriarte, 2006).

Como hemos mencionado, el racismo se apoya en un sistema de estratificación social, económica, política, cultural y ambiental que determina a las comunidades y a los pueblos. Las personas que experimentan estas prácticas discriminatorias, a su vez, padecen la negación persistente de sus derechos y libertades básicas (Uruguay, 2016). Cabe preguntarnos, entonces, qué sucede con los derechos de los afrodescendientes en lo que respecta a salud mental.

De acuerdo a Torres (2001),

La discriminación racial es un factor social que fomenta diferencias de salud entre las personas, dificultando el acceso de los más necesitados a los servicios, permitiendo que sean de mala calidad e impidiendo que les llegue información adecuada para la toma de decisiones. También actúa por medio de mecanismos indirectos, como el estilo de vida, el lugar de residencia, el tipo de ocupación, el nivel de ingresos y la condición social. (p.188)

Si pensamos la salud desde una perspectiva de derechos, lo hacemos también desde lo cultural. La salud se encuentra anclada en una trama social y, al pensar en ella, se deberían tener en cuenta las relaciones de desigualdad. La brecha que existe entre la población afrodescendiente y la población que se autodefine como «blanca» también se hace notoria en el ámbito de la salud. Datos e investigaciones sobre afrodescendencia y salud en nuestro país son muy escasos (Uruguay, 2015a).

Se supone que las investigaciones en salud deberían aplicar y mantener una vigilancia sobre cómo viven las poblaciones que definen a un país o a una comunidad, sobre los problemas psicosociales y los diferentes trastornos que los afectan. De ello resultarían investigaciones correspondientes y contextualizadas en un entorno inmediato (Mebarak *et al.*, 2009).

Este último punto nos lleva a reflexionar acerca de cómo se ha vivido el tema de la salud mental en Uruguay. El encierro, la marginación, los electrochoques, la dignidad, la inclusión y los derechos humanos han estado en tela de juicio al hablar de salud mental en los diferentes contextos históricos; de todos modos, estos conceptos estuvieron por mucho tiempo relacionados con el «encierro», que buscaba la disciplina para lograr la «normalización» de aquel que es diferente. Actualmente, no es *encerrar* sino asegurar el bienestar en su globalidad (Fernández, 2012). La OMS (citada por Fernández, 2012) afirma que la salud mental tiene importancia para el bienestar de las personas, para lo vincular y para las relaciones que se dan a nivel social. En consecuencia, la salud mental es un derecho inherente a cada persona, a cada usuario. De hecho, la propia OMS (2006) manifiesta que la salud es «[...] un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (art. 1).

En esta última definición se percibe una mirada más integral que promueve el bienestar en sus componentes más amplios. La búsqueda de prácticas que mejoren la integralidad del ser humano como protagonista de su propio bienestar depende, entre otras cosas, de las políticas públicas que sustenten las condiciones favorables para llevarlas a cabo. Al pensar en la beatitud, en general, se puede considerar el término *salud* y, más precisamente, el de *salud mental*, desde un punto de vista más abarcativo, esto es, a partir de lo epidemiológico, de lo clínico, de lo biológico, de lo social y de lo cultural. Considerada así, la unificación de las facultades emocionales y

cognitivas de los individuos (como tales o como colectivo) permite el funcionamiento en su dualidad «cuerpo-social» (Alarcón, 2009).

En 1986 se aprobó el *Plan nacional de salud mental*, impulsado por un amplio movimiento de diferentes sectores de la población, que van desde familias con parientes con trastornos mentales hasta instituciones como la Universidad de la República. Con dicho plan se pretendió implementar abordajes tanto psicosociales como terapéuticos para garantizar la salud mental de los usuarios en todas las franjas etarias (Uruguay, 2011b).

En el período comprendido entre los años 2005 y 2007 se presentó la reforma del sistema de salud, cuyo principal objetivo fue la universalización y el establecimiento de la equidad de los servicios; estas reformas funcionaron como garantías (necesarias) para toda la población (Uruguay, 2011b). En este sentido, se aprobaron cuatro leyes: la ley n.º 18 131, que creó del Fondo Nacional de Salud (FONASA); la ley n.º 18 161, que apuntaba a descentralizar la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); la ley n.º 18 211, que corresponde al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); finalmente, la ley n.º 18 335 sobre derechos y obligaciones de pacientes y usuarios. Si bien aún queda camino por recorrer, se han visualizado mejoras en el acceso al sistema de salud, como la extensión y la protección social (OPS y OMS, 2012).

Para alcanzar dicha extensión y protección social se necesitan políticas públicas fuertes. Cuando están vinculadas con salud mental, deben reducir las cargas que representan para la población los trastornos mentales y, a su vez, tener en cuenta las consecuencias a nivel social. Las políticas públicas se definen como «decisiones y acciones» que, desde un nivel político, intentan intervenir en temas que afectan a un determinado colectivo. Además, con ellas se debería promover la protección, la promoción y la intervención en temas de salud mental (Mosquera, 2005).

### 2.3. La salud mental en legislaciones de Uruguay

Considerando los lineamientos aportados para la elaboración de políticas públicas, ¿qué modificaciones, ampliaciones o nuevas leyes incorpora nuestro país, aludiendo la etnia afrodescendiente?

En la década de los noventa se comienza con una revisión del tema racial, de las mayorías y de las minorías, todo a través de documentos, informes y conferencias. En el año 2006 visualizamos, en la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada, un nuevo ítem «raza»; en el año 2011 se realizó el censo que incorporó en sus preguntas la

ascendencia racial. En cuanto a leyes, existen: la ley n.º 17 817, *Ley contra el racismo, la xenofobia y toda forma de discriminación* y la ley n.º 18 059, *Ley del día nacional del candombe, la cultura afrouruguaya y la equidad racial*, donde también se entabla la capacitación en la dimensión étnico-racial a docentes, estudiantes y policías (Olaza, 2015).

Si bien los avances y los logros a nivel legislativo fueron favorables, en nuestro país persisten cambios a nivel social que afectan el estado de salud mental. La OPS y la OMS (s./f.) plantean que los inconvenientes cotidianos y los estilos de vida no saludables hacen que cada vez sean más fuertes los problemas psicosociales. El acceso a los servicios de salud mental sigue sosteniendo la «manicomialización de la enfermedad mental», esto es, no incorpora lo mental a la integralidad de la salud. Es necesario hacer énfasis en la continuidad de los cuidados, del seguimiento y de las intervenciones para lograr mejores resultados.

En nuestro país, el tema de la salud mental ha sido y continúa siendo debatido, constituyéndose en una cuestión importante, marcada por los diferentes avances y retrocesos, como los que se han dado a causa de la crisis económica y social, de la migración, de la falta de oportunidades y, más importante aún, de la calidad de los servicios de atención (De León, 2013).

Si hacemos un recorrido por la historia de la salud mental, podemos decir que el comienzo de la atención psiquiátrica en Uruguay tiene como pilar fundamental el Hospital de Alienados de 1880 (Hospital Vilardebó). Este centro se caracterizaba por mantener una conducta aislante frente al paciente que padecía trastorno mental, es decir, lo separaba de la sociedad para aplicar un tratamiento con escasos recursos y lo aislaba de lo social. Con el transcurrir del tiempo, la situación pasó de ser crónica a deficitaria frente a las decadencias que han padecido los enfermos, al aislamiento social e individual que vivieron y viven. Solo a partir de un amplio movimiento colectivo que se organice socialmente sería posible mejorar la situación (Ginés, Porciúncula y Arduino, 2005).

La reforma de salud en Uruguay se ha mostrado como un constante movimiento, en el que siempre será necesaria una revisión, dependiendo de cuáles sean los cambios que se presenten a nivel social (Gallo, 2015). Los cambios y los procesos de transformaciones que se han dado y aún se dan en Latinoamérica y en nuestro país, particularmente, permiten destacar nuevos procesos de reforma del Estado para adaptarse a las nuevas exigencias del entorno. Fue necesario, a nivel de salud, «aumentar el poder de autonomía» y, a su vez, promover la participación social que debería ser de forma horizontal: el gobierno y las comunidades deberían trabajar

juntos para elevar el nivel de vida de la población, hecho que permitiría mejorar las condiciones en salud (Pérez, 2007).

En lo que refiere a salud mental, se ha transitado a lo largo de la historia por desigualdades e inequidades, resultantes de una serie de prejuicios que se presentan en la comprensión de las problemáticas relacionadas al tema. La OPS ha oficiado como facilitadora y orientadora de los países para la promoción de la salud mental y de la atención de trastornos psíquicos a nivel continental. Uruguay pertenece a los países que están en proceso de modernización y de globalización, aunque presenta cambios que causan diversas problemáticas en la salud mental de la población. Por ejemplo, dentro de estas problemáticas encontramos las disfuncionalidades familiares, las carencias afectivas, los entornos no favorables, la exclusión social y la pobreza, entre otros factores (OPS y OMS, s./f.).

Como fuerte antecedente durante las últimas décadas se encuentra el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) de 1986, que tuvo el apoyo de sectores de la sociedad (gubernamental y sanitario) y, más que nada, de los familiares de las propias personas con trastornos mentales. En 1996, se amplió el desarrollo de dicho plan a través de su ejecución en centros de salud, aunque este hecho no tuvo los resultados esperados, ya que esos «cambios» se mostraban de forma aislada y no como un sistema integrado. Sin embargo, es en el año 2005 cuando el PNSM se integra al SNIS: este modelo pretende que la atención y la gestión se den a través de los principios de universalidad, de accesibilidad y de equidad con calidad de atención, a saber, se debe promover y promocionar la salud de forma integral (Uruguay, 2016).

El nuevo proyecto de ley de salud mental surge a partir de lineamientos diferentes a los que planteaba el modelo tradicional (fuertemente institucionalizado en nuestro país), que, por diferentes motivos, ha colapsado: por lo tanto, se han requerido nuevas miradas y políticas públicas más fortalecidas. Se necesita, además, una reestructuración de los servicios de la salud mental basada en la atención primaria de la salud (APS); a su vez, se debe apelar tanto a la promoción como a la prevención en salud mental (OPS y OMS, s./f.). El nuevo proyecto de ley de salud mental considera que esta se trata de un proceso dinámico relacionado con componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Además, plantea que las políticas en salud mental deben contemplar la prevención, los tratamientos y la rehabilitación, al tiempo que se fundamentan en el avance tecnológico y científico: es primordial que se trabaje desde una perspectiva de derechos. El contenido de este proyecto de ley en salud fue discutido por el Ministerio de Salud Pública, por actores políticos, por asociaciones de usuarios, por técnicos, por familiares y por



organizaciones sociales. Se estructura en siete capítulos, con las siguientes temáticas: disposiciones generales, derechos, autoridad de aplicación, interinstitucionalidad, abordaje, órgano de contralor y disposiciones transitorias (Uruguay, 2016).

El anteproyecto de ley (también analizado) está inspirado tanto en documentos nacionales como internacionales. De hecho, se destaca que el contenido fue discutido por amplios sectores, pues se va desde autoridades de gobierno hasta organizaciones sociales implicadas en el tema. A nivel internacional, la ONU promueve que la atención de aquellos usuarios que padezcan trastornos mentales sea desde su comunidad, es decir, que se debe buscar una forma de atención que supere el modelo psiquiátrico que desde siempre actuó como medio dominante. Otra de las premisas que se visualiza en el proyecto es evitar la discriminación y el abuso del que a veces son víctimas las personas con deficiencia mental (Uruguay, 2016). Asimismo, en el capítulo 3, en los incisos 2 y 3, correspondientes a los derechos de los usuarios y de los familiares del anteproyecto de ley, se reivindica el no ser discriminado ni estigmatizado, además del respeto por los valores culturales (Uruguay, 2015).

Por otro lado, en el artículo 19 de este anteproyecto, que aborda la promoción y la prevención en salud mental, se destaca que para promover la salud mental es necesario incluir las condiciones de vida digna, el acceso al trabajo, a la vivienda, a la educación, al empoderamiento de los actores sociales, así como también al fortalecimiento de las redes comunitarias del entorno (Uruguay, 2015).

Vale decir que existe la ley n.º 18 335, titulada *Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud*, de 2008. Allí se establece el cometido de regular los derechos y las obligaciones de los pacientes y los usuarios en relación con los servicios de salud. En su artículo 2 se afirma que «[...] los pacientes y usuarios tienen derechos a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón, ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidad, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica» (Uruguay, 2008, p. 1).

Creemos que el proyecto de ley no toma lineamientos firmes sobre la salud intercultural, entendiéndola como el conjunto de acciones y políticas que tienen en cuenta la cultura a la cual pertenece el usuario (Alarcón, Vidal y Neira, 2003). Esto se debe a que queda explicitado en *no ser discriminado por raza*, pero no se visualiza mayor profundidad en lo que respecta, por ejemplo, a la participación de las distintas culturas en las propuestas, ya que la forma de enfermarse depende también del ámbito social.



Bleda (2005) explica la relación existente entre salud y determinantes sociales, para lo que escoge los siguientes conceptos: *género, clase social, raza, etnia y áreas geográficas*. A su vez, este autor sostiene que «La raza y el origen étnico también se encuentran relacionadas con las desigualdades existentes. Las formas de enfermar o morir para los individuos de raza negra [...] son diferentes a las personas de raza blanca [...]» (Bleda, 2005, p. 153). Por esta razón, cuando hablamos de salud mental, este campo no está lejos de lo que plantea Bleda (2005): consideramos que el estigma que padecen se vuelve un factor negativo y más aún cuando esta estigmatización está condicionada por el factor raza.

Coincidimos con lo planteado por López *et al.* (2008) en lo referente a que el estigma no solamente repercute en las personas con trastornos mentales, sino que ha sido establecido también en otros grupos vulnerables. Ariza y Hernández (2008) sostienen que pertenecer a un grupo étnico va a determinar las desigualdades en salud, pues esas desigualdades se ven reflejadas en el acceso a los servicios de salud. Dicha situación se agrava cuando no se reconocen estas desigualdades y no existen respuestas a las necesidades de cada grupo. Entonces, ¿cómo se presenta el componente étnico-racial a nivel de legislaciones latinoamericanas?

## 2.4. Lo étnico-racial en la legislación latinoamericana sobre salud mental

Las políticas públicas en salud mental constituyen un instrumento que permite mejorar la vida y el desarrollo humano de la población (Henaó *et al.*, 2016). Por mucho tiempo el carácter público de las políticas estuvo resguardado por lo estatal o gubernamental, mientras que desde un tiempo a esta parte se sostiene que lo público es un lugar en el cual deben participar diferentes actores sociales, como asociaciones cívicas, profesionales, académicas y empresariales. Por lo tanto, las políticas sociales son un tipo particular de políticas públicas, que tienen como principal cometido crear condiciones de equidad social para promover, de esta manera, el derecho social. Entre estos derechos están implicadas las políticas en salud, en vivienda, en educación, etc. (Ziiccardi, 2008).

Por otro lado, la importancia que se le dio a los movimientos sociales en América Latina en los noventa tuvo efecto en lo que respecta a las políticas públicas y al reconocimiento de la diversidad cultural. De hecho, se implementaron varias políticas públicas con el fin de visualizar la situación de los afrodescendientes (Rangel, 2016).

La idea central en las agendas políticas de los diferentes países latinoamericanos subraya que la pobreza se reduce si se logra mejorar la equidad; también hay que buscar la simetría en los accesos a la educación y a la salud, además de las representaciones políticas. Al posicionarnos desde la salud, podemos decir que la discriminación racial es un factor social que fomenta las diferencias entre las poblaciones, diferencias que se reflejan en el acceso a los servicios de calidad, mientras que impiden, en muchos casos, que llegue la información. Para reducir la brecha existente entre los diferentes grupos étnicos no solo es preciso mejorar las condiciones de vida, sino revertir el proceso de privación histórico y apoyar la etnicidad de los grupos minoritarios (Torres, 2001).

Olaza (2015), parafraseando a Taylor (1993), sostiene que

Esa faceta simbólica y cultural de la desigualdad genera problemas de reconocimiento, ocasionando [...] daños en el individuo y en el grupo, en la medida en que la imagen degradante que se proyecta desde afuera se convierte en una forma de autorreconocimiento [...]. (p. 79)

En las sociedades que conocemos existe un orden establecido, con grupos subordinados que sufren injusticias, como la distribución de recursos, que se ve afectada por una falta de reconocimiento: entonces, la redistribución y el reconocimiento por sí solos no existen, ambos se complementan. No obstante, esos prejuicios en el ámbito social provienen de la mala distribución y del no reconocimiento; por lo tanto, esas injusticias no se pueden reparar solas, sino que necesitan de estos dos aspectos (Fraser, 2001).

Estas situaciones se asemejan a un laberinto de movimientos heterogéneos en el que se conforman las identidades culturales. En un mundo globalizado hay un «resurgimiento» de identidades regionales y étnicas que buscan reaccionar ante la globalización cultural, es decir, dan sentido y legitimidad a la hora de integrarse social y culturalmente (Vergara y Gundermann, 2012).

La existencia de múltiples culturas en un espacio social que todos compartimos es importante para la reivindicación de algunos grupos étnicos. Cada vez hay un mayor renacer de esta diversidad cultural que se hace más visible en un mundo global, donde la migración social tiene como desafío la convivencia sin discriminación y de forma pacífica (Arocena y Aguiar, 2007). El reconocimiento de la cultura como motor fundamental de reflexión para las leyes sociales se necesita para deconstruir el paradigma positivista, sobre el que se basaban las leyes de salud. Dicho paradigma fue perdiendo presencia a partir de la Segunda Guerra Mundial, tiempo en el cual la salud era entendida desde la particularidad de cada contexto sociocultural. En efecto,

en la década de los setenta se construyeron modelos desde lo sistémico y lo ecológico, en los que la salud se contemplaba dentro un abanico más abarcativo. Esto se concretó en la declaración de Alma Ata, donde la perspectiva social y preventiva es más que evidente (Planas, s. /f.).

La enfermedad mental fue subestimada por los modelos tradicionales, que solo tomaban la muerte y no la discapacidad. En la década de los noventa, la OMS amplió ese concepto para este tipo de enfermedad, que a partir de entonces también consideran las limitaciones, las deficiencias y la participación social; además, se propusieron proyecciones más amplias hasta el año 2020 (Vicente, Saldivia y Pihán, 2016).

De los debates en cuestiones de salud y particularmente en salud mental se deriva que los planes y las políticas que se llevan a cabo deben estar fundamentados desde lo efectivo y lo eficiente, para brindar posibilidades a los usuarios de una atención justa y apoyada en una perspectiva de derechos (Alvarado, 2014). Por ejemplo, en el período comprendido entre los años 2008 y 2017 se proyectó para las Américas continuar examinando los aspectos relacionados con los determinantes socio-económicos. Análogamente, se propuso aumentar la protección social y la accesibilidad a los servicios y, con ello, abolir las formas de discriminación y las desigualdades en cuidados de salud dentro de los diferentes países (Alarcón, 2009).

El proyecto de ley uruguayo pretende afianzar la promoción, la prevención y el tratamiento en la rehabilitación, y, en cuanto a lo étnico-racial, hace referencia a la no discriminación y a la no estigmatización, ya que estas actúan como barrera en el «[...] ejercicio de sus derechos» (Uruguay, 2016, párr. 15).

Investigando en las legislaciones de Latinoamérica referentes a salud mental, se seleccionaron, dentro del período 2000-2017, las siguientes:

Ley n.º 1616 de Salud Mental, de Colombia, aprobada en el año 2013. En ella se plantea «[...] garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes mediante la promoción de la Salud» (Colombia, 2013, art. 1). Por otro lado, también se explicita «[...] el derecho a no ser discriminado o estigmatizado por su condición de persona» (Colombia, 2013, art. 6). Otro aspecto favorable de esta leyes que establece la calidad y la equidad como principio fundamental para una óptima atención; igualmente, no contiene un artículo que dé garantías específicas a todas aquellas personas que pertenezcan a otra raza.

Brasil cuenta con la ley n.º 10 216, que trata sobre las disposiciones en protección y derechos de las personas con trastornos mentales y sobre redireccionar el modelo

asistencial en salud mental. En su primer artículo se remarca la necesidad de proteger a aquellas personas que padecen trastornos mentales, al tiempo que se busca garantizar que no sufran ningún tipo de discriminación (sea por su raza, color, sexo, orientación sexual u opinión política) (Brasil, 2001). También existe en dicho país la ley n.º 12 288, que establece el *Estatuto de la igualdad racial* y tiene como fin asegurar a la población afrodescendiente de Brasil la igualdad de oportunidades. Esta ley está organizada en seis capítulos, de los que tomaremos el primero, sobre el derecho a la salud. Allí se menciona que este derecho será otorgado por medio del poder público a través de políticas sociales, universales y económicas, de modo de reducir el riesgo de enfermedad. El artículo 6, inciso 1, refiere el acceso universal e igualitario al Sistema Único de Salud (SUS) que rige en Brasil, para dar cumplimiento a la promoción, protección y recuperación de la salud. Finalmente, el artículo 8 esboza los objetivos de la política nacional de salud integral de la población afrobrasileña, destacando que la promoción de salud debe priorizar la reducción de desigualdades étnicas, así como también la de prácticas discriminatorias, todo ello con el fin de mejorar el acceso al SUS (Brasil, 2010).

En Perú, por ejemplo, los problemas en salud mental se han presentado a lo largo de los años de forma significativa a consecuencia de factores socioeconómicos y también culturales. Los prejuicios sociales motivan a considerar que todas aquellas personas que padecen trastornos mentales son «incurables», visualizando en este tipo de expresiones la estigmatización que viven estas personas (Perú, 2008). Además, la ley n.º 29 889, de 2013, modificó el artículo 11 de la anterior ley n.º 26 842 (*Ley general de salud mental*), donde se plantea que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental sin discriminación (Perú, 2013).

En la República Dominicana no existía una política de salud mental hasta el año 2006 (OMS y OPS, 2009). De todas formas, como antecedente encontramos la ley n.º 12-06, en cuyo primer artículo se toma a la salud mental como bien público, es decir, que debe ser promovida y protegida por el Estado a partir de políticas y planes. En el artículo 5, además, se expone que las disposiciones se aplicarán sin discriminación ninguna (por sexo, raza, color, idioma o religión) (República Dominicana, 2006).

Por su parte, Cuba tiene un sistema de salud mental que se encuentra dentro del sistema único de salud pública. Este se apoya en los principios rectores de la Declaración de Caracas (1990) y en la Carta de la Habana (1995), donde se presenta la reorientación de la psiquiatría hacia la Atención Primaria de la Salud (APS). Según lo que se plantea en Cuba (2011), la salud pública debe basarse en los preceptos humanistas de la organización socialista y, a su vez, la atención debe estar al alcance

de toda la población, sin distinción de color de piel, ni procedencia social. Asimismo, existe una interrelación estrecha entre investigación, docencia y asistencia, lo que permite erigir las bases para los principios rectores de las investigaciones. Cabe destacar que los servicios de salud mental se encuentran ubicados en las comunidades, vinculados a la APS (Cuba, 2011).

Otro antecedente es la ley n.º 26 657, llamada *Ley nacional de salud mental de Argentina*, que corresponde al decreto reglamentario 603/2013. Dicha ley tiene como objetivo asegurar el derecho de protección a todas las personas que padezcan trastornos mentales. Se basa en los principios rectores de la ONU, en la Declaración de Caracas, en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en la OMS, además de en los Principios de Brasilia para las Américas (1990). En cuanto al tema de la discriminación, se plantea, al igual que la mayoría de las leyes de salud, que las personas con trastornos mentales no deben ser discriminadas por su enfermedad; además, se enumeran las garantías que se les brinda a los usuarios de salud. En lo que respecta a las políticas públicas, se expone que estas deben favorecer el acceso de las personas, siempre desde una perspectiva de salud integral y, sobre todo, desde una perspectiva de derechos. Por otro lado, en el artículo 7 del capítulo IV, inciso *b*, en relación a lo étnico-racial, se destaca el derecho a preservar la identidad, la pertenencia, la genealogía y la historia de los usuarios (Argentina, 2013). Es preciso mencionar que esta ley sirvió de base para la ley de salud en nuestro país.

Como síntesis, en las legislaciones durante el período comprendido entre los años 2000 y 2017 se evidencian cambios en las políticas públicas, pues en todas las que presentamos se resalta la importancia de la equidad, de la promoción y de la prevención como principios rectores a nivel internacional. En lo que respecta a lo étnico-racial, se plantea la no discriminación en general.

En este sentido, podemos concluir que:

- a. la ley de salud mental de Perú (2013) modifica el artículo 11 de la anterior ley general de salud, remarcándose allí el derecho a no ser discriminado a nivel general, sin aludir a los afrodescendientes;
- b. la ley brasileña n.º 10 216 especifica con claridad la no discriminación por raza o color; lo mismo sucede en el *Estatuto de la igualdad racial*, que amplía los derechos y las prácticas no discriminatorias en temas de salud vinculados a los afrobrasileños;
- c. en Colombia, en cambio, se menciona someramente el derecho a no ser discriminado ni estigmatizado por el simple hecho de ser persona con trastorno mental;

- d. en la República Dominicana, la ley promulgada en 2006 asegura que las disposiciones redactadas se aplicarán sin discriminación ninguna;
- e. en Cuba, país vanguardista en temas de salud, se considera que la salud pública, y dentro de ella la salud mental, debe alcanzar a todos los ciudadanos por igual, sin distinción de raza o de procedencia social;
- f. en Argentina se expone que las políticas públicas relacionadas a la salud mental han de favorecer a toda la población; además, se preserva de forma abarcativa la identidad, el grupo de pertenencia y su genealogía, y con ello su historia.

A partir de esta síntesis observamos que a nivel latinoamericano lo étnico-racial no se profundiza como un ítem especial, sino dentro de las propias políticas en general. A excepción del *Estatuto de la igualdad racial* de Brasil, que especifica en forma más clara la igualdad de oportunidades de los afrobrasileños a través del reconocimiento de la cultura en todos los ámbitos. En su capítulo primero se establece el derecho a la salud en general, además de comprometerse, en artículos e incisos que lo componen, con la inclusión, con la promoción y con la participación.

Las fuentes consultadas en relación a legislaciones latinoamericanas abordan la temática en cuestión aportan al proyecto de ley uruguayo aspectos vinculantes a las desigualdades, en lo que respecta a no discriminar por raza, color o etnia. A su vez, se destaca que las políticas de salud mental tienen que considerar la promoción, la prevención y la rehabilitación desde un punto de vista integral.

Desde el análisis documental, podemos decir que aún no se ven lineamientos claros en lo que respecta a la valoración e inclusión de las culturas. Pensamos que, si bien se incorporaron ítems como raza o etnia en las legislaciones, se mantiene inconvenientes para concretarlos con exactitud.

## Conclusiones

Los documentos investigados permiten afirmar que a finales del siglo XX y principios del XXI hubo un cambio en cuanto a la incorporación de la cuestión racial en casi todas las legislaciones de algunos países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Perú, República Dominicana, Colombia, Cuba, y Uruguay).

En la mayoría de las leyes de salud mental se percibe una apertura en pos del alcance universal para todos los pacientes y usuarios; además, en algunos casos la salud mental está dentro de la salud integral. Cuba, en su sistema de salud, plantea que el acceso al sistema debe ser igual para todos, motivo por el cual a nivel estatal se promueve mejorar la formación en medicina con más especialidades, así como también orientarla hacia un ámbito más social. Para que esto se lleve a cabo, es precisa la «vigilancia» legal del Estado que permita el acceso y la protección social de los ciudadanos sin distinción alguna. Creemos conveniente que a nivel continental se establezcan sistemas de salud universales, equitativos e integrales, en los que el Estado, junto a los diferentes actores sociales, garantice el derecho a la salud mental para todos, sin que esta se vuelva un bien mercantil.

Los esfuerzos manifestados desde las diferentes legislaciones consultadas reflejan la necesidad de profundizar en el estudio de las diferencias e injusticias sociales que muchas veces se invisibilizan ante los discursos globalizantes, en los que se sostiene, por ejemplo, que «somos todos iguales». Es necesario apostar por una perspectiva de derechos que promueva la integralidad entre el género, la etnia y el respeto a todas las culturas.

Si bien se pudo constatar que existe un cambio de visión como la incorporación del tema de la raza y de las diferentes culturas, queda aún un largo trecho por recorrer, por ejemplo, revalorizar costumbres y apostar al bienestar intercultural. Además, se podrían promover instancias de diálogo a nivel social que permitan la participación de la población en la elaboración, junto al Estado, de leyes que promulguen el bienestar integral de las personas como sujetos de derecho en lo que a sanidad refiere. Como evidencias relevantes en las leyes de salud mental a nivel continental, se visualizó que a partir del año 2000 en casi todas las legislaciones se incluye un artículo o inciso que plantea la importancia de no ser discriminados por la raza o por color de piel; de todas maneras, queda en ese leve enunciado el aporte y la referencia, con excepción, como ya mencionamos, del *Estatuto de igualdad racial* de Brasil, que profundiza en la igualdad de condiciones, de acceso y en los derechos a la salud de los afrobrasileños. La salud mental es un campo en permanente construcción que tiene que establecer



espacios de discusión y que, a su vez, debe y puede definirse desde diversas miradas culturales.

Por otro lado, se observó que si bien existen leyes que contemplan el tema racial, no hay una articulación desde los fundamentos socioculturales sobre cómo atenuar y paliar la vulnerabilidad que los afrodescendientes han sufrido. Desde la historia de nuestro continente esta etnia padeció prácticas discriminatorias en todas las áreas, desde el acceso a lo laboral hasta lo educativo, pasando por los prejuicios sociales que han sufrido y que aún perduran en el inconsciente colectivo y en sus prácticas. A su vez, cuando se habla de salud y, específicamente, de salud mental, se mantienen, entre otros, los prejuicios por la condición de raza.

Otro aspecto a destacar son las dificultades con las que se encuentran los afrodescendiente en nuestro país, pues persisten tanto los problemas de integración social como su acceso a una atención en igualdad de condiciones en las áreas básicas, incluida la salud.

Si bien el nuevo proyecto de ley de salud mental pretende un enfoque desde una perspectiva de derecho, a nivel étnico-racial no se especifica más que el derecho a no ser discriminado, basándose en la promoción, en la prevención y en el acceso a los servicios como usuarios de salud. En este proyecto de ley sería conveniente establecer lineamientos más singulares en lo que respecta al enfoque étnico-racial, ya que no se visualizan perspectivas que revaloricen la diversidad cultural y atiendan el factor salud, dado que, a nivel estadístico, hay claras desventajas entre los afrodescendientes y los otros grupos. Se buscaría, de esta manera, favorecer a quienes padecen prejuicios sociales por sufrir trastornos mentales y, sobre todo, si pertenecen a una etnia que por largo tiempo ha estado sometida a culturas que se creen superiores. A su vez, desde un enfoque psicosocial se puede inferir un desgaste que se refleja en los comportamientos de forma negativa y que anula la propia identidad étnica cuando no se reconoce siquiera su grupo de pertenencia: está en juego la integración social efectiva con otras culturas, al no reconocer la diversidad que nos rodea y que necesita, entre otros aspectos, de un enfoque de salud intercultural.

A modo de reflexión final, consideramos que la discriminación existe, las pautas de reversión están, pero no se visualizan luces continuas y permanentes que afiancen ese cambio que necesariamente tiene que producirse para un acceso igualitario:

La necesidad de diferenciación puede surgir asimismo del sentimiento de semejanza con respecto al otro, a veces de no poder reconocer esa semejanza y encontrar saludablemente las diferencias. (Olaza, 2012, p. 24)



## Referencias bibliográficas

- Alarcón, M., Ana, M., Vidal, H., y Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), pp. 1061-1065. Recuperado de: <<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>>.
- Alarcón, R. (2009). Salud mental en América Latina. *Luces y Sombras Salus*, 13, pp. 25-38. Universidad de Carabobo, Bárbula (Venezuela). Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375939011005>>.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas (Venezuela). Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>>.
- Alvarado, R. (2014). Jornadas chilenas de salud mental comunitaria. Avanzar hacia la ciudadanía plena y el disfrute de derechos. Experiencias de trabajo en salud mental. Santiago de Chile: Facultad de Medicina (Universidad de Chile). Recuperado de: <[http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/Libro\\_JCSMC2014.pdf](http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/Libro_JCSMC2014.pdf)>.
- Argentina. Poder Legislativo. (2013). *Ley nacional de salud mental (n.º 26 657, decreto reglamentario 603/2013)*. Recuperado de: <[fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf](http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf)>.
- Ariza, J. y Hernández, M. (2008). Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, 2007. *Revista de Salud Pública*, 10(1), pp. 58-71. Recuperado de: <[www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a06.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a06.pdf)>
- Arnaiz, A. y Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, (26), pp. 49-59. Recuperado de: <<http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revist-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>>.
- Arocena, F. y Aguiar, S. (2007). *Multiculturalismo en Uruguay*. Montevideo: Trilce.
- Artiles, L. (2007). Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3). Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433308>>.
- Bleda, J. (2005). Determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 7. Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322127617008>>.

- Brasil. Poder Legislativo. (2001, 6 de abril). *Reforma psiquiátrica e os direitos das pessoas com trastornos mentais no Brasil (ley n.º 10 216)*. Recuperado de: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>.
- Brasil. Poder Legislativo. (2010, 20 de julio). *Estatuto de la igualdad racial (ley n.º 12 288)*. Recuperado de: <[www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=es&p\\_isn=84542](http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=es&p_isn=84542)>.
- Cabella, W., Nathan, M. y Tenenbaum, M. (2013). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: la población afrouruguaya en el censo 2011*. Montevideo: Trilce. Recuperado de: <[http://www.ine.gub.uy/c/document\\_library/get\\_file?uuid=1726c03f-aecd-4c78-b9be-f2c27dafba1d&groupId=1018](http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=1726c03f-aecd-4c78-b9be-f2c27dafba1d&groupId=1018)>.
- Capellá, A. (2001). Modelos y paradigmas en salud mental. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(80), pp. 3-5, Madrid (España). Recuperado de: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352001000400001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000400001)>.
- Colombia. Poder Legislativo. (2013, 21 de enero). *Ley de salud mental (n.º 1616)*. Recuperado de: <[wsp.presidencia.gov.co/.../Leyes/.../2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20E](http://wsp.presidencia.gov.co/.../Leyes/.../2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20E)>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2000). *Equidad, desarrollo y ciudadanía*. Recuperado de: <[repositorio.cepal.org/bitstream/11362/2686/2/S2006536\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/11362/2686/2/S2006536_es.pdf)>.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (2006). *Principios. 45 ediciones*. Recuperado de: <[www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1)>.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2011). *IEMS-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en la República de Cuba*. Recuperado de: <[http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country.../who\\_aims\\_report\\_cuba\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country.../who_aims_report_cuba_es.pdf)>.
- De León, N. (coord.). (2013). *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Montevideo: Psicolibros.
- Fernández, J. (2012). Enfermedad mental y salud mental. Reflexiones en torno a la posibilidad del deslizamiento de un discurso que mostraría un otro que no existe. *Tesis Psicológica*, (7), pp.82-91. Fundación Universitaria los Libertadores, Bogotá (Colombia). Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/pdf/1390/139025258010.pdf>>.

- Fraser, N. (2001). Redistribución, reconocimiento y participación: hacia un concepto integrado de justicia. En *Informe mundial sobre la cultura 2000-2001: diversidad cultural, conflicto y pluralismo* (cap. 2). Madrid: Mundi-Prensa/Unesco. Recuperado de: <<http://132.248.35.1/cultura/informe/informe%20mund2/capitulo2.htm>>.
- Gallo, L. (2015). El proceso de reforma de la salud en el Uruguay. Pasado, presente y futuro. *Monitor Estratégico*, (7), pp. 38-43. Recuperado de: <<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../proceso-reforma-salud-uruguay.pdf>>.
- Garretón, M. (2001). *Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: <<http://repositorio.cepal.org/bitstream/11362/6012/1/so110833-es.pdf>>.
- Ginés, A., Porciúncula, M. y Arduino, M. (2005). El plan de salud mental veinte años después: evolución, perspectiva y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), pp. 129-150. Recuperado de: <[http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03\\_1\\_asm.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf)>.
- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E. y López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), pp. 184-192. Universidad de Antioquia, Colombia. Recuperado de: <[www.redalyc.org/pdf/120/12045638007.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/120/12045638007.pdf)>.
- Hopenhayn, M. y Bello, A. (2001). *Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de: <<http://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/4/5534/xeno.pdf>>.
- Hurtado, T., Rosas, R. y Valdés, A. (2013). Servicios en salud, discriminación y condición étnico-racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. *Ra Ximhai*, 9(1), pp. 135-151. Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/pdf/461/46127074012.pdf>>.
- Jorcín, G. (coord.) (2012). *El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: evaluación y revisión del financiamiento del sistema de salud uruguayo*. Recuperado de: <[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view)>.
- Lamus, D. (2012). Raza y etnia, sexo y género: el significado de la diferencia y el poder. *Reflexión Política*, 14(27), pp. 64-84. Universidad Autónoma de Bucaramanga (Colombia). Recuperado de: <[www.redalyc.org/articulo.oa?id=11023066006](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11023066006)>.

- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. y Almudena, A. (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información. *Revista Asociación Española*, 28(101), pp. 43-83. Recuperado de: <scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>
- Margulis, M. (1997). Cultura y discriminación social en la época de la globalización. *Nueva Sociedad*, 152, pp. 37-52. Recuperado de:<http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10701663N152-5.pdf>.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. y Quintero, F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (23), pp. 83-112. Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21311917006>.
- Mosquera, J. (coord). (2005). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/.../Lineamientos%20Política%20Salud%20Mental>.
- Olaza, M. (2011). *Racismo y acciones afirmativas en Uruguay*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado de: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mónica%20Olaza.pdf>.
- Olaza, M.(2012).*Rompecabezas: racismo a la uruguaya. Relatos afrouruguay@s*. Montevideo: Psicolibros.
- Olaza, M. (2015).*Balance y perspectivas de la ley n.º 19 122: normas para favorecer a la población afrodescendiente en las áreas educativa y laboral* (tesis de doctorado en sociología). Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado de: <http://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/8023/1/TD\_OlazaMonica.pdf>.
- Olaza, M. (2017). Afrodescendencia y restauración democrática en Uruguay: ¿una nueva visión de ciudadanía? *Cambios Sociales y Ciudadanía*, 30(40). Recuperadode: <www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/8023/1/TD\_OlazaMonica.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2006).*Constitución institucional*. Recuperado de: <www.who.int/governance/eb/who\_constitution\_sp.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires. Recuperado de: <www.who.int/social\_determinants/thecommission/finalreport/es/>.

- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Informe sobre los sistemas de salud mental en Centroamérica y República Dominicana*. Recuperado de: <[http://www.who.int/mental\\_health/.../report\\_on\\_mental\\_health\\_systems\\_Spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/.../report_on_mental_health_systems_Spanish.pdf?ua=1)>.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de: <[apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)>.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2012). *Salud en las Américas*. Recuperado de: <[www.paho.org/salud-en-las-americas-2012](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012)>.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud mental. Uruguay*. Recuperado de: <[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=category&id...](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=category&id...)>.
- Pérez, J. (2007). La necesaria reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Scielo*, 30(1), pp. 43-57 (ISSN 1315-8597). Recuperado de: <[www.redalyc.org/pdf/336/33613103.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/336/33613103.pdf)>.
- Perú. Ministerio de Salud del Perú. (2008). *Salud mental y derechos humanos: supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables (informe defensorial n.º 140)*. Recuperado de: <[http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud\\_mental.../16\\_informe\\_defensorial\\_140.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental.../16_informe_defensorial_140.pdf)>
- Perú. Poder Legislativo. (2013, 9 de abril). *Reglamento de ley general de salud (n.º 29 889)*. Recuperado de: <[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM177\\_2013\\_MINSA.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM177_2013_MINSA.pdf)>.
- Planas, M. (s.f.). *Interculturalidad en salud mental. Elementos para una intervención en zonas afectadas por la violencia política*. Recuperado de: <<http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf>>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2004). *Informe sobre desarrollo humano 2004: La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. Barcelona: Ediciones Mundi.
- Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016). *Panorama general: informe sobre el desarrollo humano 2016. Desarrollo humano para todos*. Recuperado de: <[http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016\\_SP\\_Overview\\_Web.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf)>.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En Lander, E. (comp.). (2000). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias*

- sociales: perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf>>.
- Ramírez, T. (2012). *Ciudadanía afrodescendiente*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de: <<http://www.mides.gub.uy/innovaportal/21225/1/librillo-09-pdf>>.
- Rangel, M. (2016). *Políticas públicas para los afrodescendientes. Marco institucional en el Brasil, Colombia, el Ecuador y el Perú. Políticas sociales*. Recuperado de <<http://www.cepal.org/.../publicaciones/40854-politicas-publicas-afrodescendientes-marco-in>>.
- República Dominicana. Poder Legislativo. (2006). *Ley sobre salud mental (n.º 12-06)*. Recuperado de: <<http://docs.republica-dominicana.justia.com/nacionales/leyes/ley-12-06.pdf>>.
- Rudolf, S., Díaz, A., Díaz, J., Ricarte, C., y Rorra, O. (2008). Las vivencias de la discriminación en la población afrodescendiente uruguaya. En Scuro, L. (coord.). (2008). *Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay* (pp. 144-173). Montevideo: PNUD. Recuperado de: <<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/Afrodescendientes.pdf/779de886&e409&45db&868d&d4bd5ff4e92a>>.
- Scuro, L. (coord.) (2008). *Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay*. Montevideo: PNUD. Recuperado de: <<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/Afrodescendientes.pdf/779de886&e409&45db&868d&d4bd5ff4e92a>>.
- Tobón, F. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1). Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/pdf/120/12023113.pdf>>.
- Torres, C. (2001). La equidad en materia de salud vista con un enfoque étnico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(3), pp. 188-201. Recuperado de: <[www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n3/6573.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n3/6573.pdf)>.
- Unesco. (2001). *Declaración universal de la Unesco sobre la diversidad cultural*. Recuperado de: <[portal.unesco.org/.../ev.php-URL\\_ID=13179&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTIO](http://portal.unesco.org/.../ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTIO)>.
- Unesco. (2002, 26 de agosto-4 de setiembre). Declaración universal sobre la diversidad cultural. Documento preparado para la cumbre mundial sobre el desarrollo sostenible. Johannesburgo 26 de agosto-4 de setiembre. *Serie sobre la Diversidad Cultural*, 1. Recuperado de: <[unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127162s.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127162s.pdf)>.



- Uruguay. Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. (2015). *Anteproyecto de ley de salud mental y derechos humanos de la República Oriental del Uruguay*. Recuperado de: <[http://www.psico.edu.uy/.../asamblea\\_instituyente\\_propuesta\\_anteproyecto\\_le\\_y\\_de\\_salud\\_](http://www.psico.edu.uy/.../asamblea_instituyente_propuesta_anteproyecto_le_y_de_salud_)>.
- Uruguay. Dirección Nacional de Promoción Sociocultural y Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Afrodescendencia y equidad racial*. Recuperado de: <<http://www.mides.gub.uy/.../file/.../plan-afrodescendencia-2015-2020-ddhh-dnpsc-mides.p>>.
- Uruguay. Dirección Nacional de Promoción Sociocultural y Ministerio de Desarrollo Social. (2016). *Quilombo 2016 «Racismo Institucional»*. Recuperado de: <[http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/62758/1/quilombo2016\\_documento\\_base.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/62758/1/quilombo2016_documento_base.pdf)>
- Uruguay. Ministerio de Educación y Cultura. (2011a, enero). *Plan nacional contra el racismo y la discriminación*. Recuperado de: <[www.mec.gub.uy/innovaportal/file/.../1/dinforme\\_discriminacion\\_y\\_educacion.pdf](http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/.../1/dinforme_discriminacion_y_educacion.pdf)>.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2011b). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de: <<http://www.msp.gub.uy/programa/prestacionesen-salud-mental>>.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2016). *Proyecto de ley sobre salud mental*. Recuperado de: <[www.msp.gub.uy/programa/proyecto-de-ley-de-salud-menta](http://www.msp.gub.uy/programa/proyecto-de-ley-de-salud-menta)>.
- Uruguay. Poder Legislativo. (2008). *Pacientes y usuarios de los servicios de salud (ley n.º 18 335)*. Recuperado de: <<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.335.pdf>>.
- Vergara, J. y Gundermann, H. (2012) *Tramas y laberintos: sociología e identidad cultural latinoamericana*. *Atenea*, (506), pp. 13-27. Universidad de Concepción (Chile). Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/pdf/328/32825562002.pdf>>.
- Vicente, B., Saldívia, S. y Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy, salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22(1), pp. 51-61. Universidad de Chile, Santiago (Chile). Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11205807>>.
- Ziiccardi, A. (2008). Las políticas y los programas sociales de la ciudad del siglo XXI. *Papeles de Población*, 14(58), pp.127-139. Universidad del Estado de México, Toluca (México). Recuperado de: <<http://docslide.net/Documents>>.