



Interdisciplinaria

ISSN: 0325-8203

ISSN: 1668-7027

[interdisciplinaria@fibercorp.com.ar](mailto:interdisciplinaria@fibercorp.com.ar)

Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y  
Ciencias Afines

Argentina

Barrera Rojas, Miguel Ángel; Baeza Ruiz, Alejandro  
La salud mental como derecho humano en Quintana Roo,  
México. Análisis desde la disciplina de la política pública  
Interdisciplinaria, vol. 38, núm. 3, 2021, Septiembre-Diciembre, pp. 257-274  
Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines  
Buenos Aires, Argentina

DOI: <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.3.15>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18067032015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

[redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

# **La salud mental como derecho humano en Quintana Roo, México.**

## **Análisis desde la disciplina de la política pública**

### **Mental health as a human right in Quintana Roo, Mexico.**

#### **Analysis from the discipline of public policy**

Miguel Ángel Barrera Rojas<sup>1</sup> y Alejandro Baeza Ruiz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Geografía por la Universidad de Quintana Roo. Maestro en Desarrollo Regional por El Colegio de la Frontera Norte. Licenciado en Economía Financiera por la Escuela Bancaria y Comercial. Profesor investigador en el Departamento de Estudios Políticos e Internacionales de la Universidad de Quintana Roo – unidad académica Chetumal.

E-mail: miguel.barrera@uqroo.edu.mx

<sup>2</sup>Maestro en Derechos Humanos por la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo. Licenciado en Psicología por la Universidad de Valladolid Yucatán. Asesor en materia de asistencia social en el Honorable Congreso del Estado de Quintana Roo. Consejero de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, Chetumal, México.

Honorable Congreso del Estado de Quintana Roo,  
Universidad de Quintana Roo.  
Chetumal, México.

### **Resumen**

En la literatura académica son muy escasos los esfuerzos en los que se analiza, desde la disciplina de la política pública, a un derecho humano específico. Para este trabajo se analizará el caso de la salud mental como derecho humano en Quintana Roo, México. Para dar cumplimiento a lo anterior, se planteó una metodología de revisión histórico-documental que permitió analizar si existen elementos básicos de política pública en materia de salud mental en Quintana Roo. Entre los resultados se encontró que, si bien ya existe un piso mínimo de política pública, no hay condiciones de infraestructura suficientes para poder considerar a la salud mental como derecho humano. Esto deja abierta la puerta a que este trabajo sea el ápice de la discusión sobre la necesidad de generar políticas públicas enfocadas a generar infraestructura física que permitan, en el mediano y largo

plazo, considerar la idea de que la salud mental sea derecho humano.

*Palabras clave:* salud mental, derechos humanos, política pública.

### **Abstract**

An elementary condition of any human right is that once it appears in legislation, the government, be it federal, regional or local, is obliged to provide both legal and political conditions as well as physical infrastructure to guarantee full access and enjoyment of the human right in question. Thus, in the academic literature, the analysis of human rights focuses mainly on those which already have that status (access to education, non-discrimination, political rights, children's rights, indigenous rights, women's rights, political rights, property rights, human rights for older adults), leaving aside those which do not yet have a status as human right, but which it

should be, such as mental health, for example. And it is precisely on this topic that this document focuses. From the foregoing, it follows the observation that it is very evident that academic discussions on human rights focus on jurisprudential and jurisdiction issues, however, there are very few articles where these are analyzed from the discipline of public policy, and are stillness where the viability of a right to become a human right is analyzed from a perspective where psychology and public policy are involved.

Even though health in its broadest definition considers mental health as one of its components, the reality is that public health policy has prioritized physical health over mental health, which is undoubtedly an operationalization bias. This forces a review of the conditions that exist to elevate mental health as a human right in the state of Quintana Roo in Mexico. In order to comply with the above sentence, a vast documentary review as first carried out, mainly of the World Health Organization (WHO) and its guidelines on the design and implementation of health policy, as well as statistics on the situation of mental health and some mental disorders both in the world and in Mexico. The conceptual part is supported in the discussion of basic concepts of public policy, for example o, transversality. The selection of this concept is due to the fact that theoretically public policies, from their conception as a public problem, through their design and management, to their evaluation, must be aligned both horizontally and vertically, that is, they must be coherent between what is mandated and legislates in the federal, state and municipal order and must be appropriate with other policies of the government order in question. Another important part of the conceptual discussion centers on the definition of the human rights. The proposed methodology involved cabinet and documentary work, both legal and newspaper, and official documents by the Mexican and Quintana Roo government to analyze the legal and policy conditions, mainly the basic

elements of transversality, governance and public policies design about mental health in the state of Quintana Roo, Mexico. Among the results, it can be found that although there is already a minimum floor in legal matters at the federal level, even at the state level, even though initiatives have been presented from the government itself and from non-governmental entities, it is difficult to think that in the short term, there are sufficient political, public policy and infrastructure conditions to position mental health as a human right in Quintana Roo. This leaves the door open for this work to be the apex of the discussion on the need and urgency to generate public policies, both in legal terms, as well as budgetary, administrative, operational, and physical infrastructure that allows for the short, medium, and long term. Consider the idea that mental health is a human right in both Quintana Roo and Mexico.

*Keywords:* mental health, human rights, public policies.

## Introducción

La salud mental de todo individuo, a la par de la salud física, debería ser la máxima de cualquier gobierno, pues la estabilidad emocional es en gran medida un precursor del pleno desarrollo y bienestar del ser humano. Derivado de la idea anterior se desprende la presente investigación en la cual se analiza, desde la perspectiva de la política pública, la capacidad que el Estado de Quintana Roo tiene para garantizar el acceso a la salud mental como un derecho humano.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), en su descripción más específica, la salud contempla la cuestión física y mental. Sin embargo, la mayoría de los esfuerzos de política implementada por gran parte de los Estados miembros, incluido México, se han orientado hacia la salud física, relegando a la salud mental a segundo plano.

En Legislación sobre salud mental y derechos humanos (OMS, 2005), se establece

el legítimo derecho que todos los individuos tienen de recibir atención especializada y tratamiento de calidad ante trastornos mentales, pero, como se demostrará más adelante, esto está lejos de suceder. Para la OMS (2006) el abandono de la salud mental en la política de salud de la mayoría de los países resulta preocupante, pues como ellos mismos señalan (OMS 2006, 2018), la salud mental, al ser producto de múltiples factores de índole psicológicos como la personalidad (Fernández, 2008; Galarza, Castañeiras y Fernández, 2018); biológicos, como puede ser una determinada carga genética o desequilibrios bioquímicos cerebrales (Beltrán, Matute y Vásquez, 2019; Ferreyra y Castorina, 2017), y sobre todo, sociales como la pobreza, el bajo nivel educativo, el entorno laboral, la marginación urbana, discriminación, entre otros (Burns, 2015; Cardozo, Cortés y Castro, 2017; Spontón, Trógolo, Castellano y Medrano, 2019), puede convertirse en un importante problema público a resolver y que puede condicionar tanto el crecimiento como el desarrollo económico.

Así, la OMS (2013a, pp. 7-8) explica en su Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 que “en poblaciones vulnerables y típicamente marginados como los adolescentes, la comunidad LGBT, los indígenas, los adultos mayores y las personas en situación de pobreza se encuentran los principales focos de problemas de salud mental”. De esta manera, el problema referente a salud mental es tan grande que, de hecho, se destaca en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2013a, p. 8) que entiende que “la depresión, como trastorno mental, representa por sí sola el 4.3 % de la morbilidad en el mundo”, es decir, cerca de 324 millones de personas en el mundo la padecen. “La esquizofrenia, por su parte, afecta a cerca de 21 millones de personas en el mundo, mientras que el suicidio representa la defunción de cerca de 800 000 personas al año”, es decir, un suicidio cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2013b, p. 1),

y finalmente, explica que cerca del 20 % de los niños y jóvenes en el mundo, especialmente de países pobres, es decir, cerca de un tercio de la población mundial (2 520 889 561 individuos) tienen algún tipo de trastorno mental, ya sea por condiciones biológicas, por consumo de sustancias o como consecuencia de algún factor social, siendo las guerras y los conflictos armados asociados a narcotráfico y desplazamientos forzados las principales causas.

La propia OMS (2018) señala que es menester que se gestionen, desarrollen y ejecuten políticas que prevengan consecuencias asociadas a trastornos mentales a la vez de que protejan y promuevan la salud mental. En este sentido, la OMS (2018, p. 1) asevera que “La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables”, es decir, se debe fomentar desde el Estado, como parte de la gobernabilidad-gobernanza, la existencia de condiciones para el respeto y protección de los derechos humanos (OMS, 2018). De ahí que se enfatice que las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social (OMS, p. 1).

Para atender lo anterior, hay que referir al Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 que la OMS (2013a) ha implementado en los países miembros para la promoción, prevención y mejora de la atención de la salud mental a través de cuatro acciones concretas que debieran reflejarse en la política pública:

- 1) Reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo concerniente a salud

- mental;
- 2) Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia completos, integrados y adecuados a las necesidades;
  - 3) Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
  - 4) Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.

En ese sentido, la propia OMS (2008) y autores como Blyth (2014), Quiggins (2012) y Stuckler y Basu (2013) convienen y advierten que de no existir un marco jurídico fuerte y transversal que asegure el diseño, gestión e implementación de políticas de salud enfocadas a trastornos mentales, especialmente por parte de los órdenes de gobierno locales y regionales, el costo en el largo plazo puede ser muy alto en términos de los daños colaterales.

En este punto es importante señalar que, a la par de las directrices de la OMS en materia de políticas públicas y salud mental, existen documentos internacionales de suma importancia que reflejan el *status* que la salud mental guarda en la agenda internacional. Por ejemplo, en el Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (OMS, 2006) se establece como primer antecedente al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos firmados en 1966. Un segundo antecedente lo constituyen las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas que dieron paso a los Principios para la protección de los enfermos mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de 1991.

Otro documento relevante en materia de salud mental y derechos humanos es la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas, que México ratificó el 30 de marzo del 2007 y que a juicio de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2018, p. 7), su

principal virtud es “cambiar el paradigma del trato asistencialista a las personas con discapacidad, permitiendo que puedan desarrollarse en igualdad de condiciones, tanto exigiendo sus derechos como cumpliendo sus obligaciones como parte de la sociedad”. Esta convención derivó en la creación de la Ley General para la Inclusión de las personas con discapacidad la cual aborda cuestiones referentes a salud mental.

En la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, firmada en 1989, también existen elementos que ponen de manifiesto la relación de la salud mental y los derechos humanos. Basta revisar los artículos 23, 25, 27 y 32 de dicho documento para notar el énfasis que se hace en que los niños con discapacidades, trastornos o salud mental vulnerable deben tener derecho a gozar en totalidad del goce y disfrute de una vida plena que asegure su dignidad.

Otro par de documentos que ahondan en el respeto a la dignidad de las personas que padezcan una enfermedad o trastorno mental, así como la garantía de acceso a la mejor atención disponible por parte de los sistemas de salud públicos, son los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (Naciones Unidas, 1991) y la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Naciones Unidas, 1984).

Ahora bien, a la par de las Naciones Unidas, en América, particularmente, se han signado importantes declaraciones en distintos ámbitos de la salud mental como derecho humano. Por ejemplo, en la Declaración de Caracas (OPS, 1990), se analizan los principios éticos a seguir en materia de tratamientos psiquiátricos; en los Principios de Brasilia (OPS, 2005) se comienza a plantear que el trabajo comunitario de prevención resultará más efectivo e integral que los hospitales psiquiátricos; en el Consenso de Panamá (OPS, 2010) se discute la preocupación por los trastornos mentales, discapacidad y morbilidad ocasio-

nada por sustancias tóxicas, además de repetir el énfasis en la importancia del manejo comunitario en materia de salud mental.

Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos también ha dejado precedentes jurídicos que se debieron haber traducido en políticas de salud mental. Por ejemplo, en los casos *Victor Rosario Congo vs. Ecuador* (1999) y *Ximenes Lopes vs. Brasil* (2006) se sentaron precedentes importantísimos en materia de respeto al debido proceso judicial y al trato digno de personas con trastornos mentales que enfrentan juicios o que se encuentran reclusos. Otro caso, un tanto más reciente y relevante, tuvo lugar en Argentina, y cobra realce por la postura de la CIDH, la cual plantea que:

Toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. El Tribunal recuerda que no basta con que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre, como la discapacidad. En este sentido, es obligación de los Estados propender por la inclusión

de las personas con discapacidad por medio de la igualdad de condiciones, oportunidades y participación en todas las esferas de la sociedad, con el fin de garantizar que las limitaciones anteriormente descritas sean desmanteladas. Por tanto, es necesario que los Estados promuevan prácticas de inclusión (*Furlan y Familiares vs. Argentina*, 2012, p. 46).

En México, el panorama sobre trastornos mentales luce alarmante aun cuando la disponibilidad de datos sobre todas las variantes de trastornos mentales es reducida. Por ejemplo, en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) solo se ofrecen datos en materia de depresión y suicidios. Como se observa en la figura 1, la depresión es un trastorno que afecta en gran medida a la población que tiene entre 30-49 años, y que para casi todos los grupos de edad se ha ido incrementando. Ahora bien, si estos datos se desagregan por entidad federativa, la tendencia revela que la media nacional ronda el 30 %, mientras que hay estados como Durango, Michoacán, Tlaxcala y Veracruz que se pasan del 40 %, y en el ámbito regional para la Península de Yucatán, Quintana Roo se sitúa en el 12 % (con disminución de casos desde 2014 al 2017), Campeche presenta 31 % (con incremento de casos desde 2014 al 2017) y Yucatán con 28 % (con leve disminución de casos desde 2014 al 2017).

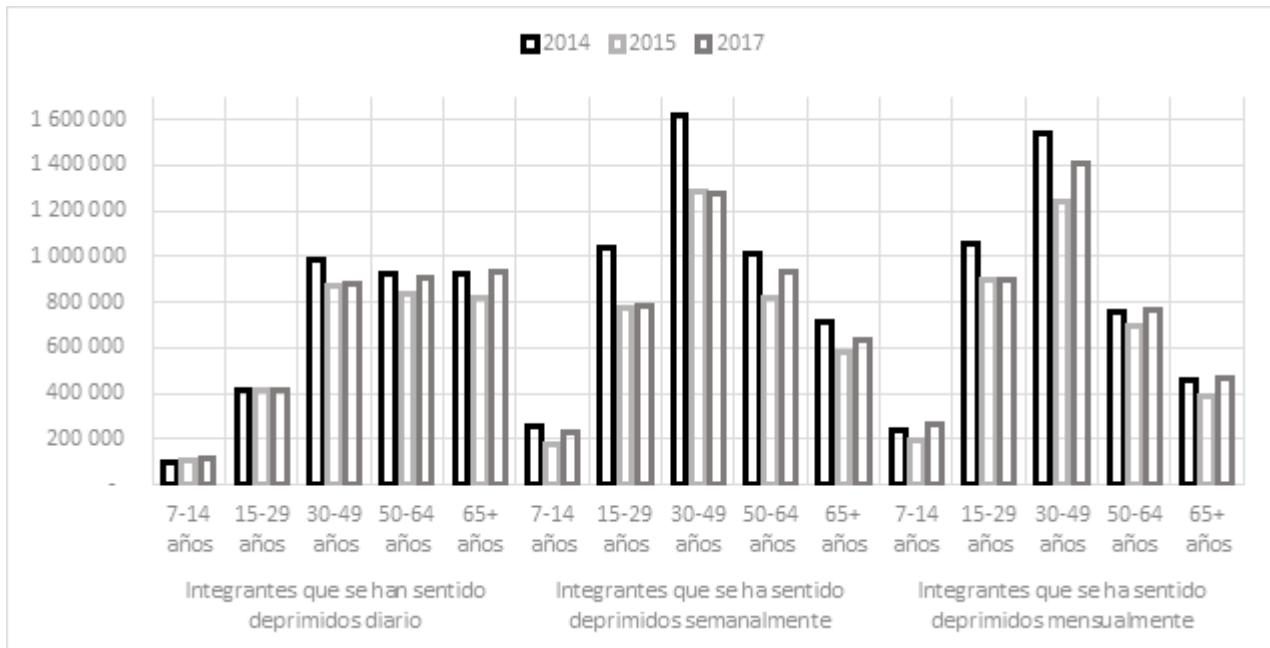
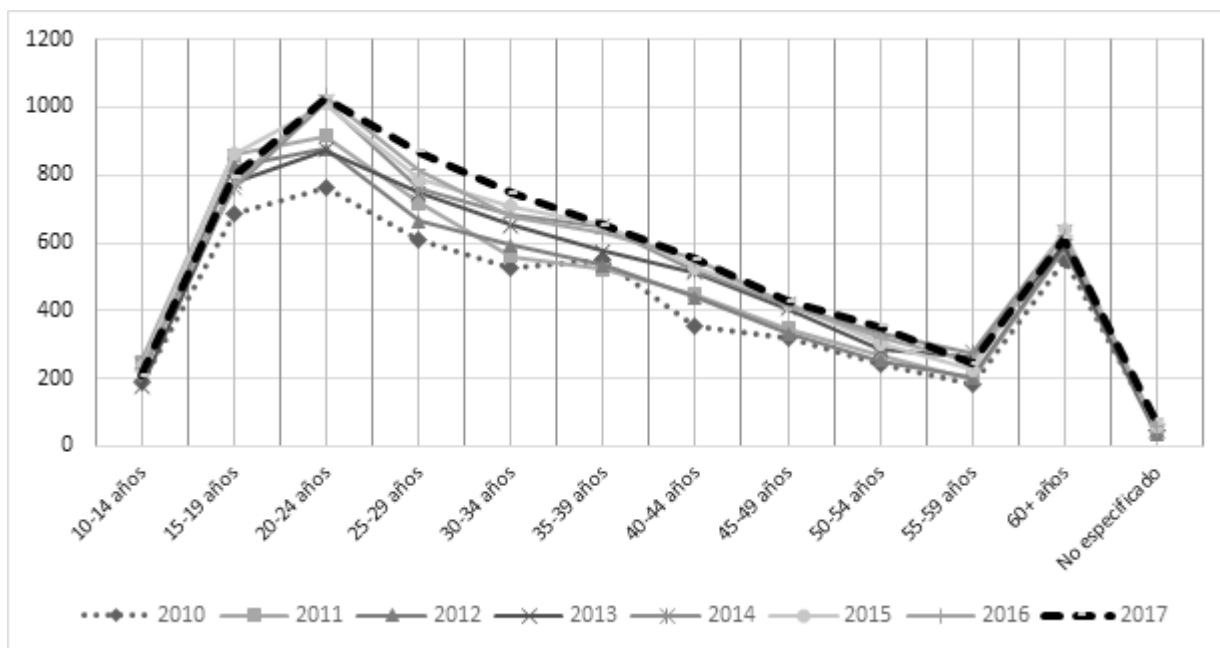


Figura 1. Depresión en México. Panorama general.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014, 2015, 2017a).

En la figura 2, se observa con detalle que el número de suicidios en México tuvo un incremento de casi mil casos desde 2012 al 2017, y que este fenómeno registró incrementos en estados como Chiapas (297 %), Aguascalientes (280 %), Zacatecas (213 %) e Hidalgo (208 %) son altísimas, mientras que Tabasco, con 58 %, es el que tiene la tasa más baja. Es decir, en general, el panorama es desolador. En lo que respecta a la cuestión regional de la Península de Yucatán en materia de suicidio, Campeche, Quintana Roo y Yucatán regis-

traron tasas del 119 %, 102 % y 92 %, respectivamente. Asimismo, resulta interesante el hecho de que la gran mayoría se concentra en dos grupos de población: aquellos que tienen entre 15 y 35 años y los que tienen más de 60 años. De la figura 2 también se resalta que todos los grupos de edad han tenido incremento en el número de casos respecto del 2012, siendo los de 10-14 años quienes presentan la tasa de crecimiento más baja y el grupo de 20-24 años el que tiene la tasa más alta.



*Figura 2. Suicidio en México. Panorama general por grupo de edad 2010-2017.*

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017.

En lo que refiere a otros trastornos mentales, en realidad la información con que se cuenta es poco menos que escasa. Ni el INEGI ni la Secretaría de Salud federal tienen a libre disposición datos sobre el tema. De hecho, en la ardua labor de investigación que se realizó, se encontró un informe que el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Honorable Cámara de Diputados elaboró en 2016, en donde hay algunos datos que conviene revelar para hacer énfasis en el problema de investigación. Dicho informe, que lleva por nombre “Información sobre salud mental en México. Carpeta informativa núm. 86” (López, 2016), revela que en el caso de las estancias de un día o menos, los trastornos asociados a consumo de drogas y sustancias son el principal rubro seguido del trastorno neurótico. Y en lo que refiere a estancias de más de un día es también el rubro de consumo de drogas el más frecuente, acompañado de la esquizofrenia, depresión y trastornos mentales orgánicos. Otro dato importante de dicho informe es el hecho de que los trastornos que observan mayor frecuencia en la población son atendidos y seguidos en un periodo de entre tres semanas a un año, siendo

nuevamente la esquizofrenia y la depresión en donde se concentran la mayor parte de los casos reportados. Es decir, si bien existe un buen número de hospitales y centros especializados para trastornos mentales, estos resultan aún insuficientes dada su ubicación y concentración en solo las grandes ciudades de México.

De lo anterior conviene señalar que si bien en México, a nivel federal, existen, programas para la atención de la salud mental, estos son un tanto desarticulados, especialmente con el resto de las entidades federativas, y carecen de un andamiaje institucional sólido como para pensar que son adecuados, pertinentes y eficaces. Precisamente de esas carencias es que se alimentó la curiosidad científica que desembocó en este documento.

Ahora bien, para poder entender el problema de investigación, es importante contextualizar al estado de Quintana Roo. Este estado que tiene cuatro de los principales enclaves turísticos de México (Cancún, Playa del Carmen, Cozumel e Isla Mujeres) aporta a la economía nacional cerca del 1.55 % del PIB nacional (INEGI, 2019). Este pobre desempeño de la economía quintanarroense se puede

explicar desde la nula diversificación de las actividades productivas: un campo con participación casi nula en el PIB; industria casi impalpable, y una altísima dependencia a las actividades del sector terciario, en específico de actividades satélites del turismo, es decir, servicios de hospedaje, alquiler de vivienda y comercio al por menor. Esto es un buen punto de partida para abordar el problema de estudio, pues como se menciona en los trabajos de Amador (2008) resulta interesante analizar por qué una región que se construye en el imaginario como un destino de descanso y recreación tiene índices tan altos, por ejemplo, de suicidio, alcoholismo (Nava, 2002), depresión en poblaciones específicas (Fiorentini y Rueda, 2018; Vargas, 2017) y problemas de salud mental en general.

De hecho, que Quintana Roo sea un estado cuya economía está volcada totalmente hacia el turismo, que es una industria intensiva en mano de obra y fuerza de trabajo y debe brindar servicios 24 horas los 7 días de la semana, es un factor que, junto con otras variables como una pirámide poblacional orientada hacia la población joven (COESPO, 2017), la vulnerabilidad que genera la intensidad laboral de la Riviera Maya (IIT-La Salle, 2009) y de los destinos turísticos top (Ángeles, Gámez y Ivanova, 2012; Manrique, Verano y Guerra, 2016; Olivier, Rodríguez, López, Cañedo y Valera, 2015) hace que se convierta en un caldo de cultivo perfecto para el deterioro de la salud mental, especialmente por las desigualdades que se generan en este tipo de polos de desarrollo (Olivier, Rodríguez, López, Cañedo y Valera, 2015).

## Discusión teórico-conceptual

El concepto de salud mental para algunos autores como Bertolote (2008) encuentra su génesis en el texto *A mind that found itself* (Beers, 1908), el cual es una especie de autobiografía de Beers quien narra sus vivencias en la zona de ingresos de tres hospitales mentales donde trabajó y observó la forma en

que eran tratados los pacientes. Por ello pugnó por “humanizar la atención de los locos: erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención que tanto sufrimiento han causado tradicionalmente a los enfermos mentales” (Beers, 1908, p. sp). Sin embargo, hasta un año después de que su libro se hiciera popular entre los estudiosos de la psicología, fue que se acuñó el término de higiene mental. Así, “En sus orígenes, y reflejando la experiencia de Beers en hospitales mentales, el movimiento de higiene mental se dedicaba primaria y básicamente a la mejora de la atención de las personas con trastornos mentales” (Bertolote, 2008, p. 113).

La primera discusión a nivel internacional sobre la correcta aplicación del término de salud mental provino de un informe de la OMS en la década de 1950. La OMS (1951) presentó en inglés su *Report of the WHO's Director General*, informe en el que se incluyó un apartado que abordaba el concepto de *Mental Health*. Sin embargo, la propia OMS en el mismo informe en francés utilizó el concepto de *Hygiène Mentale*. El propio Bertolote (2008) da cuenta de que esta confusión conceptual es clarísima puesto que la propia OMS utilizaba el concepto mental higiene y *mental health*, indistintamente, en informes y documentos oficiales. Esta ambigüedad se disipa en la definición de salud que la OMS ofrece: “la salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 1994, p. 1), aclarando que en dicha definición el concepto mental “se refiere a dimensiones de un estado y no a un dominio o disciplina específicos. En consecuencia, resulta incongruente hablar de salud física, salud mental o salud social. Si quisiéramos especificar una dimensión particular, sería más apropiado utilizar el término bienestar” (Bertolote, 2008, p. 114).

En el contexto nacional, es importante rescatar la conceptualización de salud mental que ofrece distintos ámbitos del sector salud mexicano. Por ejemplo, el Instituto Mexi-

cano del Seguro Social (IMSS, 2019, p. sp) la define como “el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés”, mientras que para la Secretaría de Salud federal la definición conceptual y operacionalización es la que brinda la OMS (1994) y es justo de esa definición que se desprenden todos los programas que, en teoría, el gobierno federal manda para que se estructuren y articulen junto con los gobiernos estatales y municipales, pero que como se evidencia en el apartado de resultados, está lejano a suceder en el estado de Quintana Roo:

- 1) Promoción a la salud mental
  - a) Atención ambulatoria: Centro de Salud; Centros integrales de Salud Mental
- 2) Hospitalización
  - a) Unidad de Psiquiatría en Hospital General
  - b) Hospital Psiquiátrico
  - c) Villas de Transición Hospitalaria
  - d) Rehabilitación Psicosocial: Taller protegido; Banco de reforzadores; Paseos terapéuticos; Reinserción social (Secretaría de Salud, 2012)

Ahora bien, para poder analizar el concepto de Políticas públicas es necesario aventurarse en los orígenes del concepto. Y en ese sentido Caramani (2008) menciona que Luis Aguilar (2003), un referente en temas de política pública es quien plantea que la política tiene varias dimensiones: la toma de decisiones públicas; adquisición y mantenimiento de poder para esas decisiones, y el conflicto y competencia por el poder y su mantenimiento. Otra definición bien valiosa de política pública es la de Dye (1995, p. 2), quien la define como “todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer” o bien, como hojas después en *Understanding public policy*, el propio autor sostiene: “nótese que estamos focalizando el interés no solo en las acciones del gobierno,

sino también en la inacción gubernamental, esto es, en lo que el gobierno elige no hacer” (Dye, 1995, p. 4). Y es precisamente relevante porque, como se evidenciará más adelante, el problema de la salud mental no es ajeno, ni extraño, ni nuevo, para el gobierno mexicano ni para el quintanarroense. Sin embargo, no hay evidencia de avance para establecer a la salud mental como un derecho humano.

Y, finalmente, para este trabajo resulta relevante la transversalidad, la cual según autores como Serra (2005) cobra importancia en el ámbito de la política pública, dado que tiene como principio básico la armonización vertical y horizontal de las políticas, es decir, que no se contrapongan unas con otras y que se encaminen hacia un mismo propósito. Conviene revisar y citar también la definición de transversalidad que Araiza (2005) ofrece, especialmente porque discute la intervención o no del gobierno mexicano en un tema que tiene relación con los derechos humanos, la discriminación. Por lo que el abordaje conceptual puede ser similar al de este trabajo:

La transversalidad es esencialmente un nuevo esquema de gestión pública. Por su parte, la política pública transversal es aquella que basada en el esquema de gestión pública transversal proyecta los objetivos de política a través de líneas estratégicas involucrando a más de un actor en la implementación de las soluciones. La línea estratégica es el componente político del diseño de políticas públicas transversales (...) (Ariza, 2005, p. 36).

Esto cobra relevancia si se recuerda que la definición de política pública que regirá este documento tiene que ver con la existente o inexistente, voluntaria u obligada, inacción del gobierno en un tema en específico, en este caso la salud mental como derecho humano.

Una vez discutidos los conceptos en rededor de la política pública, convendrá realizar una revisión conceptual e histórica de los derechos humanos que, bajo una visión general y amplia, se deben entender como un conjunto de garantías inalienables e irrenunciables; sin embargo, conviene para este trabajo ampliar

las definiciones conceptuales que existen. Por ejemplo, en el ámbito internacional, una de las más referenciadas es la que ofrece la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2019), la cual plantea que:

Los Derechos Humanos son inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2019, p. sp).

Para instancias como Amnistía Internacional (2019, p. sp) se deben considerar y catalogar como derechos humanos básicos a al menos 30 derechos divididos en dos categorías: Derechos civiles y políticos y Derechos económicos, sociales y culturales. Los primeros son explicados bajo la premisa de que “Todos los derechos civiles y políticos garantizan nuestra capacidad para participar en la vida civil y política en condiciones de igualdad. Nadie (ni el Estado, ni una empresa, ni un grupo o una persona) puede privarnos de ellos”.

En el caso de México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos da una definición más amplia, pues ajusta esto a la realidad nacional:

“Los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes.

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición.

Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles” (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2019, p. sp).

## Metodología

Para este trabajo se aplicó una metodología de tipo documental. Este tipo de investigaciones, si bien carecen de trabajo de campo o manejo de datos cuantitativos, no implica que carezcan de veracidad. Autores como Gómez, Carranza y Ramos (2016) señalan que la fortaleza de este tipo de trabajos está en que todas las afirmaciones son estrictamente positivistas, ya que, al ser documentos emitidos por instancias gubernamentales, el margen de análisis subjetivo es mínimo.

Este trabajo entonces se sitúa como un trabajo documental principalmente de papeles estadísticos, jurídicos y hemerográficos con miras a analizar si existen condiciones mínimas, es decir, de política pública, para elevar a derecho humano la salud mental.

## Resultados

Dentro de las obligaciones a las que están obligadas a cumplir los países miembros de tratados internacionales que abordan la temática de velar y salvaguardar los derechos humanos, se encuentran acuerdos internacionales en los que se establecen estándares de buenas prácticas en materia de garantía y goce de derechos básicos. Entre los acuerdos a los que México está suscrito, además de los mencionados con anterioridad, también se pueden destacar los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental Principales (ONU, 1991), las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad (ONU, 1993), la Declaración de Madrid en 2002 (Congreso Europeo sobre las Personas con Discapacidad, 2002), y el Manual de

Recursos de la OMS sobre salud mental. Derechos y Legislación (OMS, 2006).

En lo que refiere a estructura jurídica federal, la salud, mas no la salud mental explícitamente, está sustentada en: el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Poder Legislativo, 2019), que señala: "...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general". De este artículo constitucional se desprende la Ley General de Salud (Poder Legislativo, 2019) la cual señala, en los artículos 2° y 3°, la definición de los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental, así como en materia de la salubridad general. De hecho, en esta Ley, el artículo 27 hace mención de que la salud mental (fracción VI) es parte de los servicios básicos de salud que el Estado mexicano está obligado a brindar, y en el artículo 37 se regula el acceso a estos servicios mediante la derechohabencia a instituciones públicas de seguridad social. El capítulo VII de esta ley se dedica completamente a salud mental y se estipula como prioritaria la prevención de las enfermedades mentales (artículo 72) a través de la atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas (artículo 74) bajo principios éticos, sociales, científicos y legales completamente apegados a derecho (artículo 75 y 76).

Es importante señalar que de acuerdo con la Ley General de Salud y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) "corresponde a la Secretaría de Salud establecer y conducir la política nacional en materia de salud, servicios médicos y salubridad general". Con el antecedente del párrafo anterior, conviene revisar el rol del Secretariado Técnico del Consejo Nacional

de Salud Mental (STCONSAME), creado en 2004 con la finalidad de guiar los nuevos modelos de atención a la salud mental en los cuales se prioriza el respeto a los derechos humanos. Así pues, esta es la instancia encargada de dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de salud mental, con la obligación de elaborar su planeación, seguimiento y evaluación futura.

El origen del STCONSAME, como política, se remonta al año 2002, cuando en México se firma el documento titulado "Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental" elaborado por la Secretaría de Salud y la Fundación Mexicana para Rehabilitación del Enfermo Mental I.A.P (FMREM) por sus siglas (CONSAME, 2015). Su objetivo principal radicaba en guiar las estrategias para lograr la protección de la salud integral de la población con problemas de salud mental, llevando a cabo un conjunto de acciones de promoción, prevención y atención de los trastornos mentales y teniendo como finalidad la eliminación o reducción del impacto que dichas enfermedades causan en los pacientes, sus familias y la sociedad en general, a través de la implementación de las estructuras del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental. Su visión era "Proporcionar a los usuarios de todo el país, una atención de calidad y con calidez médico-psiquiátrica, a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en el campo de la Salud Mental, que redunden en un mejor nivel de vida del usuario y de la familia, así como de su reintegración al medio en el que se desarrolla" (Secretaría de Salud, 2013, p. sp), mientras que su misión estaba perfilada para "Impulsar la Reforma Psiquiátrica en México, implementando en todas las entidades federativas, las estructuras del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental" (Secretaría de Salud, 2004, p. sp). Lo anterior, además de sus atribuciones estaban reflejadas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2014), entre las cuales se encontraban la planeación de la política de salud así como

las sanciones en materia de salud pública.<sup>1</sup>

Ahora, en lo que refiere al estado objeto de estudio en Quintana Roo, a la fecha no existe una ley que esté pensada para tratar la temática de salud mental y la única legislación disponible es la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo que señala que la salud mental es materia de salubridad general (artículo 5, fracción IV) y corresponde al gobierno estatal atenderla como parte del catálogo de servicios básicos de salud (artículo 29, fracción VI). El capítulo VII que consta de seis artículos (la mayoría de ellos reformados en 2013), en los que se menciona que la prevención de enfermedades mentales tiene carácter prioritario (artículo 66) y que se debe hacer esfuerzo conjunto entre el gobierno del estado e instituciones educativas, principalmente, para promoción de la salud mental (artículo 67). Este artículo tiende más hacia las cuestiones de salud mental por uso y abuso de sustancias ilegales, y el suicidio (artículo 67-A). En el artículo 68 se mencionan cuáles son las enfermedades mentales que se consideran para atención y el 69 y 70 hacen referencia a condiciones especiales como atención en niños y personas en situación de reclusorio, respectivamente. Lo anterior, si bien deja un piso mínimo en materia de salud mental, la realidad es que la ley no es clara y carece de un reglamento que aclare y defina el entramado institucional, así como la delegación de responsabilidades que se debe seguir en materia de salud mental y, mucho menos, hace referencia a la salud mental como un derecho humano.

Ante estas carencias de la legislación quintanarroense, en 2018 se presentó la iniciativa de ley en materia de Salud Mental, pues se declara que “las Unidades Médicas Especializadas y el Centro Integral de Salud Mental, pertenecientes ambas al programa de Salud Mental de la Secretaría de Salud Federal eran insuficientes para atender a la población afectada con estos problemas” (Lira, 2018, p. 1). En el mismo año entró en vigor la reforma de

la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo, que en el artículo 2 estipula el derecho a la protección de la salud física, mental y social del hombre. Sin embargo, hoy en día aún no existe en materia legal una ley o reglamento que mandate la creación de una instancia especializada que proteja, resguarde y vele por los derechos de las personas con enfermedades mentales en Quintana Roo. De hecho, en una amplia revisión hemerográfica que se realizó, el problema de transversalidad está muy bien identificado en dos puntos principalmente:

- En la falta de leyes:

Se espera que la próxima semana el pleno de la XV Legislatura Local de “luz verde” a la Ley de Salud Mental para Quintana Roo, con el cual se pueda crear un instituto para la atención de los pacientes y recibir recursos que la federación no otorga por la carencia de esta figura, dijo a diputada presidenta de la Comisión de Salud y Asistencia Social de la XV legislatura del Congreso del Estado, Sonia López Cardiel (Dorado, 2019, p. 1).

De acuerdo con la exposición de motivos y la iniciativa presentada por los diputados Teresa López Cardiel y José Luis González Mendoza, en la entidad algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental, entre ellos miembros de familias que viven en extrema pobreza, personas con enfermedades crónicas, niños expuestos a malos tratos o abandono, y adolescentes con abuso de sustancias prohibidas. Así como también las poblaciones indígenas, personas en edad avanzada, personas discriminadas y violentadas en sus derechos humanos, integrantes de grupos de la diversidad sexual, así como aquellas personas privadas de su libertad en reclusorios.

Todos ellos pueden sufrir trastornos mentales y verse afectados en su sistema nervioso con manifestaciones anormales en su comportamiento, en las emociones y en procesos cognitivos como la memoria y la percepción, además de que manifiestan afec-

<sup>1</sup>Para mayor referencia, revisar el art. 35 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

taciones en su salud física y pueden limitar considerablemente la calidad de los pacientes y de sus familias (Luces del siglo, 2018, p. 1).

Aunque la Ley de Salud del Estado garantiza en el artículo 2, fracción I que el derecho a la protección de la salud tiene como uno de sus objetivos contribuir al bienestar físico y mental para el desarrollo pleno de las capacidades y el artículo 67 habla de la promoción del desarrollo mental, la entidad presenta un rezago grave en la materia, como lo ha señalado el Colegio de Psicólogos de Quintana Roo (Maldonado, 2019, p. 1).

- La manera en que se opera la política de salud mental en el estado:

Ante la falta de un instituto el gobierno del estado asumió esta responsabilidad, por lo que de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores que son referidos a las Unidades de Especialidades Médicas Centro Integral de Salud Mental (UNEME CISAME), para sobreponerse a una eventualidad de salud mental como depresión, ansiedad, TDAH, entre otros. De enero a noviembre del año pasado las UNEME CISAME otorgaron 7 mil 747 consultas y se efectuaron acciones preventivas y de promoción de la salud mental en beneficio de 16 mil 348 personas y se amplió la cobertura a 170 profesionales de la salud capacitados para el primer y segundo nivel de atención (Dorado, 2019, p. 1).

El día de ayer, autoridades de la Secretaría estatal de Salud (Sesa) y representantes de los profesionales en psicología y psiquiatría de Quintana Roo presentaron una iniciativa para crear dicha legislación. A través de ella se pretende mejorar el servicio que ofrecen las Unidades Médicas Especializadas-Centros Integrales de Salud Mental (Uneme-Cisame), las cuales están integradas al Programa de Salud Mental de la Secretaría de Salud federal, explicó Alejandra Aguirre Crespo, titular de la Sesa. La funcionaria argumentó la necesidad de tener esta ley ante la insuficiencia para atender a las personas que requieren este servicio, toda vez que anualmente se registran hasta cuatro mil 500 solicitudes de atención

con respecto a padecimientos de salud mental (Luces del siglo, 2018, p. 1).

Los trastornos depresivos, de ansiedad o esquizofrenia son las principales enfermedades mentales en Quintana Roo pues afectan a alrededor de 4 mil personas cada año. Sin embargo, solo existen dos Unidades Médicas Especializadas-Centro Integral de Salud Mental (UNEME-CISAME), las cuales asisten a toda la población de forma ambulatoria. Por ello, la población quintanarroense debe trasladarse a otros estados del país en caso de requerir hospitalizaciones (Maldonado, 2019, p. 1).

Néstor Quiroz García, Director de la UNEME CISAME, declaró que no se cuenta con la infraestructura adecuada para la atención de los jóvenes, y se necesita más capacidad de respuesta además de médicos especialistas en este tipo de problemas de salud como psiquiatras, psicólogos, por lo que se requiere de 9 u 8 psicólogos en cada unidad (La Verdad, 2018).

Lo antes mencionado sienta un precedente interesante para que este trabajo tenga relevancia, pues si no se establecen mecanismos jurídicos y organizacionales para el correcto funcionamiento del sector salud, específicamente el que se relaciona con trastornos mentales, habrá que empezar entonces a cuantificar el costo humano de este tipo de desatenciones para que los tomadores de decisiones públicas urjan a legislar.

De hecho, uno de los principales problemas que el Consejo Latinoamericano para la Administración del Desarrollo (CLAD, 1998) denuncia como irregular en la administración pública latinoamericana es que funciona bajo una especie de regla por la que, si no está por escrito, no se tiene la iniciativa de realizarlo. Y esto cobra relevancia debido a que se encontró que en los PND 2019-2024, 2013-2018, 2007-2012 no se contempla la salud mental como uno de los problemas principales a los que se le debe dar solución, pues en este solo se prioriza la prevención de enfermedades mediante campañas, la dignificación de los

espacios médicos, el combate a la corrupción y el impulsar prácticas deportivas por todo México. En esa línea, si se revisa con cuidado algo tan elemental como el presupuesto asignado al rubro de salud, se encontrará que desde el 2010, este ha tenido decrementos.

En lo que respecta al contexto estatal, en el Plan Estatal de Desarrollo del estado de Quintana Roo, la salud mental no juega un papel visible en las prioridades futuras, pues a pesar de que se menciona a la salud como un derecho universal, la salud mental no es mencionada en esta parte, ya que se enfoca en la poca atención que reciben los ciudadanos de los municipios que integran el estado, en servicios de salud básicos, así como la incapacidad por parte del estado para atender a la población afectada por estas causas (Poder Ejecutivo del Estado de Quintana Roo, 2016).

## Conclusiones

Se concluye que las condiciones de política pública para plantear a la salud mental como un derecho humano son existentes, pero inoperantes. Esto debe entenderse en dos sentidos: primero sobre la situación del problema de la salud mental en México y, posteriormente, sobre la situación que este problema guarda como política pública.

En México es evidente que existe un latente problema de salud mental. Los datos que se revisaron del INEGI y de la OMS dejan entrever que, en este momento, el problema es controlable, incluso con las carencias de infraestructura y leyes que existen. Sin embargo, es necesario pensar en el largo plazo, pues, como se evidenció en el primer capítulo, existen trastornos mentales como la depresión que pueden ser equiparables a trastornos físicos como la diabetes o el VIH, ya que son trastornos silenciosos y que merman la calidad de vida de las personas, lo que al final del día deriva también en problemas de productividad y actividad económica. Esto último debería ser el pretexto o fundamento básico para poder exigir la intervención del

Estado.

Ahora bien, es claro que en cuestión de transversalidad no hay problema alguno. De hecho, pareciera que la postura estatal de política pública frente a los trastornos mentales y la cuestión de la salud mental es tal cual lo menciona Dye (1995): omitir o no actuar, también es una política pública.

La estructura jurídica para dar atención a la salud mental en México está clara y presente. Basta revisar los mandatos de la OMS, de otros organismos internacionales, de la constitución y la Ley Federal de Salud para entenderlo. Incluso, las leyes estatales, al menos la de Quintana Roo, presentan cierta armonización respecto a otros mandatos legales en materia de salud mental; sin embargo, no es clara la manera en cómo se operacionaliza la obligatoriedad del Estado mexicano, y en especial del gobierno quintanarroense, para proveer dicho servicio. En ese sentido, es que este trabajo hace un llamado y espera servir de precedente y diagnóstico para que la salud mental sea un derecho humano. Lo anterior sin duda alguna generaría la obligación para el Estado mexicano de generar no solo letra (muerta, como hasta ahora) para atender la salud mental, sino de implementar reales políticas que se transformen en presupuestos justos, mecanismos de garantía de acceso a salud mental digna y suficiente, infraestructura física para proveerla, mecanismos de fiscalización y alternativas de atención.

Es menester entonces que la salud mental, en su más amplia concepción y definición, sea ya abordada por los tomadores de decisiones y legisladores para que se incluya en la agenda política y pública el diseño del andamiaje jurídico y estructural para que el estado de Quintana Roo pueda garantizar el acceso a salud mental como un derecho humano. De lograrse esto, sin duda sería un acontecimiento histórico no solo para Quintana Roo, sino para el país, puesto que ninguna entidad federativa ha considerado siquiera poner como derecho humano algo en sus constituciones.

Lo anterior derivaría, como se mencionó,

en un suceso histórico y único además de sentar un precedente para otras entidades y para la obligatoriedad del estado para atender dicho derecho humano.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar, L. (2003). Estudio introductorio. En L. Aguilar (Coord.), *El estudio de las políticas públicas* (págs. 15-74). México: Porrua.
- Amador, K. (2008). El suicidio en un destino turístico: Cozumel. *Teoría y Praxis*(5), 377-387.
- Amnistía Internacional (2019). *¿Qué son los derechos humanos?*. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-humanos/>
- Ángeles, M., Gámez, A. y Ivanova, A. (2012). Baja California Sur: Crecimiento turístico y desarrollo humano. *Revista de Economía, Sociedad, Turismo y Medioambiente*14, 103-125. [https://www.researchgate.net/profile/Manuel\\_Angeles/publication/305639174\\_Baja\\_California\\_Sur\\_Crecimiento\\_Turistico\\_y\\_Development\\_Humano/links/5796f8fc08ae33e89fad90f7/Baja-California-Sur-Crecimiento-Turistico-y-Desarrollo-Humano.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Manuel_Angeles/publication/305639174_Baja_California_Sur_Crecimiento_Turistico_y_Development_Humano/links/5796f8fc08ae33e89fad90f7/Baja-California-Sur-Crecimiento-Turistico-y-Desarrollo-Humano.pdf)
- Araiza, C. (2005). La discriminación en México: una mirada desde el análisis de las políticas públicas. *El Cotidiano*, 30-37.
- Beers, C. (1908). *A mind that found itself*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Beltrán, B., Matute, E. y Vásquez, E. (2019). Efecto de la deficiencia de hierro sobre el desarrollo neuropsicológico en lactantes. *Interdisciplinaria*, 36(2), 129-150. <http://www.ciipme-conicet.gov.ar/ojs/index.php?journal=interdisciplinariaypage=articleyop=viewypath%5B%5D=http%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.16888%2Finterd.2019.36.2.9ypath%5B%5D=pdf> <https://doi.org/10.16888/interd.2019.36.2.9>
- Bertolote, J. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Pysciatry*, 6(2), 113-116.
- Blyth, M. (2014). *Austeridad. Historia de una idea peligrosa*. México: Letras Críticas.
- Burns, J. (2015). Poverty, inequality and political economy of mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 107-113. <https://doi.org/10.1017/s2045796015000086> \t “\_blank”
- Caramani, D. (2008). *Comparative politics*. Oxford: Oxford University Press.
- Cardozo, A., Cortés, O. y Castro, M. (2017). Relaciones funcionales entre salud mental y capital social en víctimas del conflicto armado y personas en situación de pobreza. *Interdisciplinaria*, 34(2), 235-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18054403001> <https://doi.org/10.16888/interd.2017.34.2.1>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). *La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo*. México: CNDH. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). *¿Qué son los derechos humanos?* <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>
- Congreso Europeo sobre las Personas con Discapacidad. (2002). *Declaración de Madrid*. <http://www.ub.edu/integracio/docs/normativa/internacional/Declaracio-Madrid.pdf>
- Consejo Estatal de Población -COESPO- (2017). *Pirámide poblacional Quintana Roo*. <https://groo.gob.mx/sites/default/files/2017-08/PIRAMIDE%20DE%20POBLA-CI%C3%93N%202016.pdf>
- Consejo Nacional de Salud Mental.-CONSAME- (2015). *Antecedentes*. <http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/consame/antecedentes.html>
- Consejo Latinoamericano para la Administración del Desarrollo. (1998). *Una Nueva Gestión Pública para América Latina*. CLAD: Caracas.
- Dorado, R. (2019). Esperan luz verde para la Ley de Salud Mental para Quintana Roo. *Canal 10*, pág. 1. <https://noticias.canal10.tv/nota/salud/esperan-luz-verde-para-la-ley-de-salud-mental-para-quintana-roo-2019-03-29>
- Dye, T. (1995). *Understanding public policy*. New Jersey: Prentice Hall.
- Fernández, A. (2008). La nueva actualidad

- de la salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 3-5. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000100001yscript=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000100001yscript=sci_arttext&lng=pt)
- Ferreira, J. y Castorina, J. (2017). El aplicacionismo de las neurociencias en el campo de la salud mental. *Revista Investigaciones en Psicología*, 22(2), 25-36. [https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos\\_completos/anio22\\_2/ferreira.pdf](https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos_completos/anio22_2/ferreira.pdf)
- Fiorentini, N. y Rueda, V. (2018). Los problemas de los adultos mayores en Solidaridad, Quintana Roo: diagnóstico y ejes de política pública para su atención. *LiminaR*, XVI(2), 147-157. <https://doi.org/10.29043/liminar.v16i2.603>
- Furlan y Familiares vs. Argentina, 111/10 (Corte Interamericana de Derechos Humanos 31 de agosto de 2012).
- Galarza, A., Castañeiras, C. y Fernández, M. (2018). Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidad en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, 35(2), 307-326. <http://www.ciipme-conicet.gov.ar/ojs/index.php?journal=interdisciplinaria&page=article&op=view&path%5B%5D=122&path%5B%5D=pdf> <https://doi.org/10.16888/interd.2018.35.2.4>
- Gómez, D., Carranza, Y. y Ramos, C. (2016). Revisión documental, una herramienta para el mejoramiento de las competencias de lectura y escritura en estudiantes universitarios. *Chakiñan: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 1, 46-56.
- IIT-La Salle. (2009). *Estudio para la detección del síndrome depresivo en el servidor turístico en establecimientos de alimentos y bebidas en Cancún, Quintana Roo*. Cancún: La Salle-Cancún. [https://lasallecancun.edu.mx/REC/DEP\\_TUR.pdf](https://lasallecancun.edu.mx/REC/DEP_TUR.pdf)
- IMSS. (2019). *¿Qué es salud mental?* <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/salud-mental>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Encuesta Nacional de los Hogares 2014*. Aguascalientes: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Encuesta Nacional de los Hogares 2015*. Aguascalientes: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Conjunto de datos: mortalidad general*. [https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadgeneral.asp?s=estyc=11144yproy=mortgral\\_mg](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadgeneral.asp?s=estyc=11144yproy=mortgral_mg)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2019). *PIB por entidad federativa (PIBE). Base 2013*. <https://www.inegi.org.mx/programas/pibent/2013/default.html#Tabulados>
- La Verdad. (11 de octubre de 2018). Urgente atención en salud mental en Quintana Roo. *La Verdad*, pág. 1. <https://laverdadnoticias.com/quintanaroo/Urgente-atencion-en-salud-mental-en-Quintana-Roo-20181011-0020.html>
- Lira, A. (2018). Presentan iniciativa de ley en materia de salud mental en Quintana Roo. *Quinta fuerza*, pág. 1.
- López, R. (2016). *Información sobre salud mental en México*. México: H. Cámara de Diputados.
- Luces del siglo. (2018). Impulsan Ley de salud mental. *Luces del Siglo*, pág. 1. <https://lucsdelsiglo.com/2018/10/11/impulsan-ley-de-salud-mental/>
- Maldonado, J. (2019). En Quintana Roo no hay ley ni hospital que trate la salud mental. *La Jornada Maya*, pág. 1. <https://www.lajornadamaya.mx/2019-10-10/En-Quintana-Roo-no-hay-ley-ni-hospital-que-trate-la-salud-mental>
- Manrique, P., Verano, D. y Guerra, R. (2016). El bienestar y la conducta de los empleados de hotel en el contexto de la actual crisis económica. *Investigaciones Turísticas*, 96-115. [https://www.researchgate.net/publication/298192482\\_El\\_bienestar\\_y\\_la\\_conducta\\_de\\_los\\_empleados\\_de\\_hotel\\_en\\_el\\_contexto\\_de\\_la\\_actual\\_crisis\\_economica](https://www.researchgate.net/publication/298192482_El_bienestar_y_la_conducta_de_los_empleados_de_hotel_en_el_contexto_de_la_actual_crisis_economica)
- Nava, S. (diciembre de 2002). *Alcoholización y conducta suicida en Cancún, Quintana Roo*. <http://risisbi.uqroo.mx/bitstream/handle/20.500.12249/304/HV5313.N38.2002-43963.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2019).

- ¿Qué son los derechos humanos?* <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- Olivier, B., Rodríguez, A., López, R., Cañedo, R. y Valera, M. (2015). Marginación, contaminación y sustentabilidad en el desarrollo turístico de Punta Diamante en la Ciudad de Acapulco, México. *Revista Latinoamericana el Ambiente y las Ciencias*, 6(11), 29-43. [http://200.4.134.60/bitstream/handle/uagro/602/11266\\_ART2015\\_OK.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://200.4.134.60/bitstream/handle/uagro/602/11266_ART2015_OK.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización de las Naciones Unidas. (1984). <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cat.aspx#:~:text=Todo%20Estado%20Parte%20se%20comprometer%C3%A1,u%20otra%20persona%20que%20act%C3%BAe>
- Organización de las Naciones Unidas. (1991). [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16388/principios\\_proteccion\\_enfermos.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16388/principios_proteccion_enfermos.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. New York: ONU.
- Organización de las Naciones Unidas.. (2019). *Derechos humanos*. <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (1951). *Annual Report of the Director-General to the World Health Organization and to the United Nations*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Basic Documents*. Geneva: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y legislación*. Ginebra: OMS. [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *MhGAP Programa de Acción para superar las Brechas en Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). *Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización de la Salud Mundial.
- Organización Mundial de la Salud. (2013b). *Datos y cifras sobre el suicidio*. (O. M. Salud, Ed.). [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/infographic/es/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). *Notas descriptivas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Preguntas frecuentes de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Sitio web de la Organización Panamericana de la Salud*. [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Sitio web de la Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.alansaludmental.com/app/download/3670045252/OPS+2005+-Principios+de+Brasilia-.pdf?t=1316597121>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Sitio web de la Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.alansaludmental.com/app/download/3670046152/OPS+2010+-Consenso+de+Panam%C3%A1-.pdf?t=1316597271>
- Poder Ejecutivo del Estado de Quintana Roo. (2016). *Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022*. Chetumal: Gobierno del Estado de Quintana Roo.
- Poder Legislativo. (2019). *Compendio jurídico*. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- Poder Legislativo. (2019). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Cámara de Diputados.
- Quiggins, J. (2012). *Zombie economics. How dead ideas still walk among us*. Oxford: Princeton University Press.
- Secretaría de Salud. (2004). *Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Salud Mental*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a210704.html>
- Secretaría de Salud. (2012). *Programa de Acción*

- Específico. Salud Mental 2013-2018*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud\\_Mental.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf)
- Secretaría de Salud. (2014). *Atribuciones del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental*. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/atribuciones-del-secretariado-tecnico-del-consejo-nacional-de-salud-mental-10479>
- Serra, A. (2005). La gestión transversal. Expectativas y resultados. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 35, 1-17.
- Spontón, C., Trógo, M., Castellano, E. y Medrano, L. (2019). Medición del burnout: Estructura factorial, validez y confiabilidad en trabajadores argentinos. *Interdisciplinaria*, 36(1), 87-103. <http://www.ciipme-conicet.gov.ar/ojs/index.php?journal=interdisciplinariaypage=articleyop=viewypath%5B%5D=http%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.16888%2Finterd.2019.36.2.3ypath%5B%5D=pdf> <https://www.doi.org/10.16888/interd.2019.36.1.7>
- Stuckler, D. y Basu, S. (2013). *El coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Tauros.
- Vargas, I. (2017). *Sintomatología depresiva en niños de 7 a 11 años con sobrepeso y obesidad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 16 en Cancún, Quintana Roo*. <http://risisbi.uqroo.mx/handle/20.500.12249/2143?show=full>
- Victor Rosario Congo vs. Ecuador, 11.427 (Comisión Interamericana de Derechos Humanos 13 de abril de 1999).
- Ximenes Lopes vs. Brasil (Corte Interamericana de Derechos Humanos 4 de julio de 2006).

*Recibido: 2 de abril de 2020*

*Aceptado: 16 de junio de 2021*