

Bioética, salud mental y los derechos humanos

Bioethics, mental health and human rights

*Octavio Márquez Mendoza **
*Miguel-Héctor Fernández-Carrión***
*Marcela Veyta López ****
*Sergio Ruiz Peña *****
*Rosalinda Guaderrama Guaderrama ******

Resumen

La disposición legal y los modos de desarrollar el tratamiento médico de la salud mental puede atenderse desde una perspectiva diferenciada de los derechos humanos y de la bioética, o interrelacionada. Con esta segunda opción, la salud mental con respecto a los derechos humanos, se puede abordar desde tres posiciones inherentes a la bioética: en la primera, se trataría del valor que los derechos humanos implican para la salud pública general; la segunda, incluiría algunos principios, normas y procesos con los cuales actúan los psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras que atienden los múltiples casos de trastornos mentales, y la tercera, que es en la que se centrará el presente artículo, al establecerse como objetivo principal, dos indicadores de salud que ponen en evidencia cómo la estigmatización social y la falta de una política sanitaria de desequilibrios mentales específica (no sobre la salud en general), repercute en la poca y deficiente atención a la salud mental aplicada en la mayoría de los países del mundo, y en particular en el caso de México.

Palabras clave: bioética, salud mental, derechos humanos, dignidad humana, salud pública

Abstract

The legal disposition and ways of developing medical treatment of mental health can be addressed from a perspective differentiating human rights and bioethics, or interrelating them; in the later option, mental health with respect to human rights can be approached from three positions inherent to bioethics: in the first would concern the value that human rights have to the general public health; the second would include some principles, norms and processes with which psychologists, psychoanalysts and psychiatrists deal with the multiple sorts of mental disorders; and the third, which is the focus of the present article, would argue how social stigmatization and lack of a health policy specific for mental imbalances (not on health in general) have an impact on the poor and deficient medical attention in the majority countries of the world, and in particular in the case of Mexico.

Keywords bioethics, mental health, human rights, human dignity, public health

Resumo

A disposição legal e as maneiras de se desenvolver o tratamento médico da saúde mental podem ser cumpridas desde uma perspectiva diferenciada dos direitos humanos e da bioética, ou interrelacionada. Nesta segunda opção, a saúde mental no que se refere aos direitos humanos pode ser abordada em três posições inerentes na bioética: na primeira, trata-se do valor que os direitos humanos implicam à saúde pública geral; na segunda, incluiria alguns

* Doctor en Ciencias, Bioética por la Universidad Nacional Autónoma de México, Director del Cuerpo Académico Bioética y salud mental del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México. octavio-mar@hotmail.com

** Doctor en Historia y Economía por la Universidad Complutense de Madrid y UNED, respectivamente, Director del Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, México. miguelhectorfernandezcarrión@gmail.com

*** Doctora en Ciencias de la Salud por la UAE Mexico, investigadora del CICMED de la UAE México. mar_veytia@yahoo.com.mx

**** Doctor en Derecho por la UAE México, profesor de la UAE, México. despachojuridicoruiz@hotmail.com

***** Doctora en Sociología por la UAE México, investigadora del CICMED de la UAE México. rossygma@hotmail.com

princípios, normas e processos com os quais atuam os psicólogos, psicanalistas e psiquiatras que atendem os múltiplos casos de transtornos mentais, e a terceira, que é na que se centrará o presente artigo, estabelecendo como objetivo principal, dois indicadores de saúde que colocam em evidência como a discriminação social e a falta de uma política sanitária para desequilíbrios mentais específicos (nãoacima na saúde em geral) repercute na pouca e deficiente atenção à saúde mental aplicada na maioria dos países do mundo, e no particular o caso do México.

Palabras-clave: bioética, saúde mental, direitos humanos, dignidade humana, saúde pública

1. Introducción

La disposición legal y política, los modos de desarrollar el tratamiento médico y la consideración social sobre la salud mental puede entenderse desde una perspectiva diferenciada de los derechos humanos y de la bioética, o en su conjunto. A nivel teórico y en la práctica cotidiana se presentan por separado los derechos humanos, entendidos como las normas nacionales e internacionales a este respecto, y la bioética, conformada por las normas jurídicas y de buena voluntad o consideraciones morales de todos los organismos y profesionales implicados en el cuidado de la salud mental.

Los dos indicadores de salud aplicados, en este caso, para la comprensión del estado, tratamiento y consideración de la salud mental en la sociedad actual, atiende a dos controladores diferenciados; por un lado, el *estigma social* que es cuestionado por la bioética, mientras que la política sanitaria es supeditada por los derechos humanos.

En el presente artículo se analizará el tema, en primer lugar, desde la perspectiva de los derechos humanos; para, en segundo lugar, hacerlo desde la posición de la bioética.

Es sumamente difícil establecer una definición concreta y universal de la bioética, quizá la más concisa es la aportada por la *Encyclopedia of Bioethics* que la entiende como el “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales” (Reich, 1995: 36). Para completarla habría que añadir el concepto teórico establecido por Potter al proponer un vínculo entre la ciencia (referida a la vida y al ambiente) y las humanidades (centrada en la ética) (1979), y por Hellegers, que la pone al servicio de la sociedad y la encamina a la investiga-

ción en este campo. A partir de esta última concepción, pero con un plus de interés político-social, se desarrolla la *bioética latinoamericana* en particular, con aportes teóricos significativos de León Correa, Pfeiffer, Cecchetto, Garrafa, entre otros¹.

La defensa de los derechos humanos inherentes a los servicios de salud mental se vincula con la evolución de la idea misma de los derechos, la cual surge, desde la *Declaración universal* de 1948, como respuesta ante los crímenes cometidos en la Alemania nazi durante la segunda guerra mundial (1939-1945). Con antelación, se desarrolla –como apunta Fernández-Carrión, (2016)- la larga historia “secreta” de las experimentaciones con seres humanos en los Estados Unidos (Cavestany 1997:1), de 1930 en adelante, así como en la antigua Unión Soviética y Dinamarca (Otzen 2015). En todos los casos se realizaron ensayos por diferentes motivos: raciales, políticos y sociales, no siempre por razones médicas y aún en ese caso, que sería el menos pernicioso de todos², habría que precisar como lo hace Pfeiffer, que

...nada, ni la humanidad, ni la ciencia ni el progreso, autoriza a usar a las personas para otra cosa que para su propio beneficio, cada uno puede inmolar su vida a un ideal superior pero no la de otros, nadie puede y menos aún debe obligar

1 Como es analizado en profundidad por parte de Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al., 2016:47-72.

2 En Alemania nazi durante la segunda guerra mundial se experimentó con seres humanos, especialmente contra los judíos por razones raciales, mientras que en Estados Unidos y en la Unión Soviética fundamentalmente se hizo por motivos políticos; en el primero para mejorar la defensa nacional, así como para obtener patentes médicas, mientras que en el segundo país se empleaba contra los adversarios del régimen político. En Dinamarca, en cambio, los guiaba la adecuación a las costumbres sociales imperantes (Fernández-Carrión 2016).

a nadie a hacerlo ni de manera violenta ni con subterfugios ideológicos pacíficos, ni recurriendo a su condición de vulnerable. Nada, ni la humanidad, ni la ciencia, ni el progreso, pueden estar por encima del bienestar de las personas, sólo respetando este principio podremos admitir que provisoriamente, mientras no se encuentre otro método, se use el método científico y se experimente con humanos (Pfeiffer 2006:12).

La experimentación con humanos debe hacerse, para que sea aceptada éticamente, con estricto control de la sociedad (no sólo de los organismos políticos) y con conocimiento por parte de los afectados y de sus seres allegados, de todo el procedimiento a seguir y las posibles consecuencias o secuelas que puedan sufrir en sus propias vidas y de sus descendientes, para favorecer de forma determinada y creciente la libertad y la dignidad humana. Los que, haciendo uso de su poder investigaron sobre estas poblaciones, incluso después de Nuremberg, elaboraron, paso a paso, leyes y programas de divulgación para deshumanizar a muchas categorías de personas, entre ellos a los enfermos mentales, los vulnerables, los judíos, los negros y los mendigos, a quienes, sin menoscabo, se les señaló, en distintos momentos de la historia, como indignos de la vida. En general, la ignorancia o el atropello de los derechos humanos han resultado humillantes en todo tipo de actos de barbarie, perturbando una ambición muy elevada: el acaecimiento de un mundo en que los seres humanos tengan la oportunidad de hacer respetar su dignidad y comportarse solidariamente los unos con los otros.

Interesa abordar los derechos humanos relacionados con la bioética y los servicios de salud pública, porque frente a la impotencia por resolver los grandes problemas mundiales, la humanidad ha caído en un grado de indiferencia alarmante, en el que la violencia, la masacre entre seres humanos, la devastación ecológica, la contaminación del medio ambiente, la propagación de enfermedades endémicas, ya son vistos por muchas personas como acontecimientos normales, y eso simplemente habla de un problema cultural

y social, así como un cierto trastorno mental generalizado que debe atenderse con urgencia.

Ante todo hay que tener en consideración que la discusión sobre los derechos humanos ofrece un amplio marco para la reflexión y constituye una guía útil para promover medidas que atiendan las necesidades sociales; pero, sobre todo, las ideas que ahí se viertan, redundan a favor de políticas que dignifiquen a las personas.

Lamentablemente, el corpus jurídico no siempre se hace extenso a todos los ciudadanos, a pesar de que los derechos humanos hacen referencia a un conjunto de principios y normas convenidos internacionalmente. En efecto estos son el resultado de largas, a veces controvertidas, e intensas negociaciones entre los Estados (cuyo análisis excede el espacio de este texto), en torno a un sin número de cuestiones fundamentales que afectan al desarrollo social, pues en términos antropológicos y sociológicos, los derechos humanos responden a las necesidades básicas que tienen las personas para vivir de manera digna: alimentación, vestido, vivienda, educación, trabajo, salud, libertad de expresión, organización, participación....Sin embargo existe una suerte de pugna que impide su vigilancia y cumplimiento que radica en las distintas y variadas formas de convivencia política, ya que no todas las naciones entienden que los seres humanos tienen derecho a cubrir sus necesidades elementales y, por ende, no les interesa salvaguardarlos. De ahí que hoy en día las disciplinas humanísticas, y principalmente las ciencias de la salud, se ocupan de promover el bienestar integral, comprometiéndose, como un desafío permanente y esencial, a proteger las garantías individuales mediante la promoción de los derechos a la salud, al desarrollo familiar y social, al equilibrio ecológico, al disfrute de los bienes culturales y materiales, que implican la elevación de la calidad de vida.

Desde este contexto, el tema se puede abordar desde tres perspectiva inherentes a la bioética en relación con la salud mental: el valor que implica el cumplimiento de los derechos humanos para la salud pública general. Tener en cuenta los derechos universales en las actividades y promoción

de la salud resulta beneficioso en la medida en que:

- Se reconoce explícitamente el goce del grado máximo de salud como un derecho humano, y no como un bien o producto concedido por caridad por los estados.
- Se sigue un enfoque basado en los derechos humanos para concebir, aplicar y evaluar las políticas y programas de salud, lo que permite disponer de una herramienta para mejorar los resultados sanitarios.
- Se aplica una estrategia que potencia el papel de la salud, en la que los grupos vulnerables y marginados asumen una participación activa e importante.
- Se cuenta con un marco, un vocabulario y un tipo de orientación útil para los políticos y profesionales de la salud para definir, analizar y dar respuesta a los factores determinantes básicos de la salud de toda la población.
- Se busca diseñar normas que sirvan de referencia para evaluar los resultados obtenidos por los gobiernos en materia de salud, para que estos asuman una gestión más responsable en las cuestiones sanitarias públicas.

En este sentido se puede aludir al contenido expresado por el artículo tercero de la *Declaración universal de los Derechos Humanos*, en la que se menciona, que: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” (ONU 2016). La declaración y diversos autores mencionen a la vida, como el primer derecho humano: esto permite pensar que de acuerdo con la primacía lógica, la “lucha por la vida” sería el aspecto fundamental de toda vida humana, sin embargo, atendiendo a la primacía ontológica esa “lucha por la vida” pasaría a segundo plano, si entendemos que como personas, podemos dar nuestra vida por otros. Desde esta perspectiva el amor y el heroísmo serían el primer derecho humano: el heroísmo es la lucha para defender la vida y la libertad, e implica el espíritu de sacrifi-

cio. El amor, por su parte es darlo todo: la sangre, las esperanzas y los anhelos, sin pedir nada a cambio. Es decir, amor y heroísmo es anhelar el honor de morir por otros (Ricoeur 1993; Márquez 2011). Paul Ricoeur considera que el amor no es básicamente, como la mayoría de las personas cree, una relación con un semejante concreto, sino que se refiere a una actitud con el universo como un todo, a una cualidad ontológica que se ensancha en el aquí y ahora. Ricoeur describe el discurso del amor declarando que no obstante pueda decirse que éste sea la fuerza que soporta a la especie humana, no expresa que su concepción semántica se revele en territorios habituales; antes bien para advertirlo se requiere reconocer una serie de planteamientos que van desde lo religioso hasta lo ontológico, de lo contrario se corre el riesgo de hablar del amor con extrema ligereza (Ricoeur 1993:13).

No es fortuito que la tutela de las garantías individuales asuma que la vida se erige como el derecho fundamental que debe encontrarse en cualquier sistema jurídico, lo hace en virtud de su innegable supremacía. Sin embargo se debe considerar que la vida no es un valor sino un bien. El valor es la lucha por la vida. La vida conseguida o conservada es esa lucha, sería el derecho. Tenemos derecho a mantenernos con vida o a alcanzar mejores condiciones de salud o una inestimable calidad de vida. Como consecuencia tenemos un bien. Por lo tanto, la vida es un bien. “Una persona que sufre de problemas de salud, está gozando todavía del bien básico de la vida, un bien que se distingue de cualquier mal que la persona pueda experimentar” (Sgreccia et al. 2005: s/n).

Acorde con el espíritu de la *Declaración universal de los Derechos Humanos* (DUDH), el derecho a la atención y protección de la salud de toda persona subyace como el principio básico que salvaguarda la existencia humana: por ello resulta bastante difícil exigir su cumplimiento, y por esto se tendrán que buscar y diseñar mejores alternativas en todos los ámbitos en los que día con día se desarrolla la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)³ defiende, en primera instancia, que la salud no sólo entraña la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que implica el “estado de completo bienestar físico, mental, espiritual y social”, por lo que únicamente es factible en la medida que se garanticen otros derechos asociados a ella, como son: el derecho a la vivienda, la alimentación y la educación.

La segunda perspectiva, que coincide con el objetivo principal del presente trabajo –como se ha comentado previamente- al tratar sobre la “Salud mental desde la perspectiva de la bioética: un desafío a los derechos humanos”, se centra en el análisis de dos indicadores que ponen en evidencia cómo la estigmatización social y la falta de una política sanitaria específica, repercuten en la poca y deficiente atención a la salud mental, en México, aunque es extensible a la mayoría de los países del mundo. Esta, como parte integrante de la salud general y de la calidad de vida, gozando de las cuales las personas realizan sus actividades diarias y desarrollan plenamente sus posibilidades vitales, en muchos de los casos ni siquiera se diagnostica por lamentables problemas de estigma y exclusión de orden familiar, institucional y social. No obstante, como una cuestión paradójica, aunque los problemas de salud mental se presentan en todos los países, muchos gobiernos (más en los países en vía de desarrollo que en los desarrollados) ignoran sus repercusiones en términos psicológicos, sociales y económicos. De hecho, a pesar de las estrechas relaciones que hay entre la salud mental y la salud física, la primera se olvida, en gran medida, en la asignación de los recursos públicos financieros y humanos.

Como muchas otras, la enfermedad mental tiene factores de riesgo que pueden prevenirse o reducirse. Sin embargo, sólo cuando la sociedad en general y en particular los gobiernos se sensibilicen y asignen recursos suficientes para resolver el problema sanitario (Fernández-Carrión 2016),

3 La OMS no sólo es autora, por ejemplo, del *Informe sobre salud en el mundo* [con el propósito de] *Reducir los riesgos y promover una vida sana* (2002a, et al.), sino también de un *Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental* (2003) hasta la elaboración de *Veinticinco preguntas y [sus correspondientes] respuestas sobre salud y derechos humanos* (2002b).

podría dar un giro semejante fenómeno que denigra a toda la humanidad.

La tercera perspectiva incluye algunos principios, normas y procesos a los que refieren los psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras que atienden los múltiples casos de salud mental. Aunque la actitud de estos profesionales coincide, en la práctica profesional, en muchos aspectos, difiere en muchos otros considerablemente. Por ello, desde inicios del siglo XX, la psicología, la medicina y el psicoanálisis tienden o deberían tender a coordinarse para auxiliar a la integridad del individuo y el bienestar social, los cuales, hoy por hoy, se encuentran en un estado complicado, como se evidencia en el presente artículo.

2. Salud mental desde la perspectiva de la bioética, a partir del análisis de su estigmatización social: un desafío a los derechos humanos⁴

Desde el criterio bioético la salud mental es atendida desde un posicionamiento especialmente jurídico y ético, es decir, se redundará en resaltar las buenas prácticas y se marcará n en cambio como negativos los malos cuidados sanitarios, la estigmatización social y las deficientes políticas de salud pública sobre la salud mental. Por ello, la bioética tiene que ser considerada complementaria de las normativas nacionales e internacionales de los derechos humanos a este respecto, e incluso aceptando el pensamiento del derecho de que “la realidad va por delante de las leyes”, la bioética debe ser entendida como un desafío a los derechos humanos.

En la vida diaria las diferencias que existen entre las personas que sufren enfermedades físicas de las que tienen problemas de salud mental, es que estas últimas están marcadas socialmente, son objeto de prejuicios y se ven excluidas del acceso a casi todos los servicios sociales y a la atención de la salud pública. Ese estigma se debe a menudo a que las personas e incluso los profesionales

4 Sobre este aspecto en particular la Comisión Nacional de los Derechos Humanos alude a Los derechos de los pacientes. Prevención de la violencia, atención a grupos vulnerables y los derechos humanos (2003).

de la salud ignoran las causas reales subyacentes de los problemas de salud mental.

En algunas sociedades se cree que los problemas de salud mental están causados por malos espíritus o tienen su origen en una maldición por alguna trasgresión social o religiosa. Con frecuencia se cree que las personas con enfermedades mentales tienen “debilidades de carácter” o “un comportamiento inmoral”. Estos prejuicios -que tratan de explicar la causa de los problemas de salud mental- se emplean a veces para denegar los cuidados y la comprensión, e inclusive para administrar tratos crueles como el confinamiento, el abandono o el aislamiento. A consecuencia de ello, las personas con enfermedades mentales sufren por un doble motivo: su enfermedad y el estigma social.

La OMS describe la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad” (Nygren-Krug 2002:1), y considera enfermedades mentales a problemas psíquicos, tensión emocional y disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables como la esquizofrenia y la depresión.

La salud mental está condicionada por múltiples factores, entre ellos los de carácter biológico (por ejemplo, factores genéticos o en función del sexo), individual (experiencias personales), familiar y social (el hecho de contar con apoyo social) o económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida). Es decir, dichos problemas pueden ser consecuencias de estilos de vida tensos, de disfunciones en las relaciones, de conflictos civiles, violencia, enfermedades físicas, infecciones o traumas.

Una vez que se ha estudiado la compleja historia de los derechos humanos -en particular los derechos a la salud- el problema que se plantea en este artículo no es lograr la comprensión de las enfermedades mentales, pues se trata de un tópico aún más complicado, el propósito es advertir que éstas pueden ser objeto de prevención y tratamiento, con autonomía, dignidad y calidad.

Según estimaciones de la OMS, unos 400 millones de personas de todo el mundo sufren de desórdenes mentales o neurológicos o de problemas psicosociales o de conducta, como los relacionados con el abuso del alcohol y los estupefacientes, que representan más del 18% de la carga total de las enfermedades. Sin embargo, es difícil medir la verdadera amplitud del problema, ya que hay tendencia a no diagnosticar ni comunicar los problemas de salud mental por el estigma y la exclusión (Nygren-Krug 2002:2).

A escala mundial, una de cada cuatro personas que asisten a los servicios de salud en busca de ayuda a menudo son diagnosticados incorrectamente y, por lo tanto, no son tratados de manera adecuada; ; es decir, aproximadamente el 24% de los pacientes que acuden a la atención primaria de salud sufren alguna forma de desorden mental. La mayoría de estos pacientes (69%) se presentan generalmente al personal de salud con síntomas físicos; por consiguiente muchos de ellos no reciben un diagnóstico exacto de enfermedad mental y por ello no son tratados en consecuencia (Nygren-Krug 2002:2).

De acuerdo con diversas fuentes científicas, en la Unión Europea, las formas más comunes de alteraciones mentales son los trastornos de ansiedad y la depresión. Se pronostica que en 2020 la depresión será la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado. Otros datos: más del 27% de los europeos adultos sufren una forma de alteración psíquica en alguna época de su vida; actualmente unas 58 mil personas se suicidan cada año en la Unión Europea, cifra que supera, sumando las muertes anuales, las muertes por accidentes de tráfico, homicidios y VIH/SIDA (CCE 2005:4).

Por otro lado, existen muchas desigualdades entre (y también dentro de) los Estados Miembro de la Unión Europea. Ejemplo de ello es la tasa de suicidios, que va de 3.6 por cada cien mil habitantes en Grecia a 4.4 por cada cien mil habitantes en Lituania: la más alta del mundo. Los presupuestos sanitarios dedicados a la salud mental también varían mucho de un Estado Miembro a otro: los tres primeros lugares los ostentan Luxemburgo, Reino Unido y Alemania, mientras que

los tres últimos son Francia, Portugal y Eslovaquia (CCE 2005:7). En América Latina, México ocupa un lugar ponderable en este aspecto, pues cuatro millones de mexicanos padecen depresión y seis millones más tienen problemas relacionados con el consumo del alcohol; 10% de los adultos mayores de 65 años sufre de un cuadro demencial, mientras que 15% de la población, que se encuentra entre los 3 y los 12 años de edad, padece algún trastorno de salud mental o de conducta. Destaca también la violencia al interior de la familia, a menudo asociada al consumo de sustancias psicoactivas o alcohol y complicada por privaciones sociales, como la pobreza y la marginación (AMS 2001:1).

Cabe destacar que se prevé que los problemas de salud mental van a aumentar en todo el mundo por dificultades sociales y económicas, tales como el desempleo, el crimen, la pobreza, la intolerancia racial, el abuso de sustancias peligrosas, disfunciones de la vida sexual, la falta de hogar y los abusos de las personas.

En la mayoría de los países, los dispensadores de atención de salud no están preparados para abordar las necesidades de salud mental de sus pacientes. Lo que se necesita para que los profesionales de salud puedan llegar a ser más competentes para identificar y tratar los desórdenes mentales, no es sólo una formación y supervisión adecuadas, pues, en general, el derecho a la salud compete a instancias normativas, agentes de atención sanitaria, usuarios de los servicios de salud mental, instituciones académicas, organizaciones profesionales y hasta los medios de comunicación, que hoy por hoy se jactan y congratulan como instancias que proveen valores a la sociedad.

La gravedad del tema es considerable, pues los problemas de salud mental se desarrollan en todo el mundo y sus repercusiones en términos psicológicos, sociales y económicos son muy fuertes. Aunque se trabaje por poseer los conocimientos necesarios para prevenir y tratar muchos desórdenes mentales y hacer que las personas con enfermedades mentales sean miembros de su comunidad social y económicamente productivos, la sociedad en general todavía ponen obs-

táculos a los cuidados y a la reintegración de las personas que padecen ese tipo de desórdenes, por ello son las más desatendidas del mundo y a menudo se les da un trato infra humano. Las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales se producen en comunidades del mundo entero: en centros de salud mental, hospitales, en las instituciones y en las propias familias, por lo que gracias a la lucha y promoción de muchas organizaciones, los derechos de las personas que tienen algún tipo de enfermedad mental, comprenden:

- Tratamiento médico y de salud mental que sea adecuado, en un ambiente de relación humana que sea limpio y seguro, en donde a los usuarios no se les haga daño.
- Un plan de tratamiento individualizado que se base en las necesidades particulares.
- Información sobre los medicamentos que los pacientes deberán ingerir, es decir, los beneficios esperados, los contraefectos y riesgos de los medicamentos.
- Rehusar ser parte de un programa de investigación, a fin de evitar probar nuevas drogas o tratamiento experimental.

El hecho de que cada vez se tenga más conciencia del problema que plantean las enfermedades mentales, ha llevado a los autores de las políticas de salud, los profesionales sanitarios y otros entes implicados a empezar a buscar soluciones específicas. La ocasión más reciente la tuvieron en enero de 2005, en el marco de la Conferencia Ministerial Europea de la OMS acerca de salud mental, en la que se acordó que la prioridad es “proporcionar a las personas con enfermedades mentales una asistencia y unos tratamientos eficaces, de calidad y accesibles” (OMS 2005:1). En dicha Conferencia se reconoció que aunque la actuación en el ámbito médico es fundamental para hacer frente a los retos planteados, no puede por sí sola abordar y modificar los factores determinantes de orden social. Por lo tanto, y en consonancia con la estrategia de la OMS, es necesario un planteamiento exhaustivo que abarque el tratamiento y la asistencia a los individuos,

además de las acciones dirigidas al conjunto de la población, a fin de promover la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y encarar los problemas relacionados con la estigmatización y los derechos humanos. Un planteamiento de este tipo, según la OMS, exige la participación de muchos agentes, en especial los involucrados en las políticas sanitarias y no sanitarias cuyas decisiones repercuten en particular sobre la salud mental de la población. De igual forma, las organizaciones de pacientes y la sociedad civil también pueden desempeñar un papel destacado en la búsqueda de soluciones.

Este acontecimiento tiene como antecedente que dadas las lamentables violaciones a los enfermos mentales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovió que el día mundial de la salud del año 2001 se dedicara a la salud mental, bajo el lema “Sí a la atención, no a la exclusión” y marcó un hito en los esfuerzos de la OPS por cambiar la percepción del público y de las autoridades gubernamentales con respecto a los problemas sociales, económicos, morales y humanitarios que repercuten sobre la salud mental. En esa ocasión George Alleyne, entonces director de la OPS (de 1995 a 2003), manifestó que:

Esta es una oportunidad única de trabajar unidos para mejorar la salud mental, uno de los problemas de salud pública más importantes para la población de las Américas. Lamentablemente, la salud mental ocupa un lugar muy modesto en la jerarquización de nuestras prioridades. A pesar de todo el progreso logrado en muchos otros aspectos de la salud, la salud mental todavía no recibe la atención y los recursos que merece (OPS 2002:1).

De acuerdo con Alleyne, mientras las soluciones para tratar muchos de estos trastornos mentales o cerebrales y permitir a quienes los padecen llevar una vida normal en la comunidad están disponibles, muchas sociedades todavía levantan barreras tanto a la atención como a la reintegración de estas personas, quienes siguen sufriendo el estigma y la discriminación, de ahí que muchas familias eviten la búsqueda de atención médica, por vergüenza y temor. Las personas que sufren

discapacidad mental son especialmente vulnerables a la discriminación, que afecta a su capacidad de acceso a tratamiento y atención adecuados. Además, el estigma que acompaña a las enfermedades mentales hace que esas personas sean objeto de exclusión en muchos otros ámbitos de la vida, lo que significa que se vulnera su derecho a la cultura, a una alimentación balanceada, a una vivienda adecuada, es decir a los servicios de salud en general, al empleo y a la educación, por lo que el derecho a la salud mental refrenda un enorme y creciente desafío en la defensa de los derechos humanos.

En la resolución de las Naciones Unidas sobre la protección de los enfermos mentales se prohíbe la discriminación por motivo de enfermedad mental; sin embargo, violaciones de derechos humanos en hospitales psiquiátricos, la falta de prestación de servicios de salud mental comunitarios, los esquemas injustos de seguro y prácticas discriminatorias de contratación son sólo algunas de las experiencias que enfrentan las personas con problemas de salud mental. La responsabilidad de la perpetuación de estas prácticas es, de manera accidental o intencionada, de los individuos y las instituciones, pues según Gro Harlem Brundtland, quien fuera, de 1998 a 2003, directora general de la Organización Mundial de la Salud,

“los gobiernos han sido negligentes, al no proporcionar a la población los medios adecuados de tratamiento; por ello la sociedad ha seguido discriminando a las personas aquejadas de esos trastornos” (OMS 2002b:4).

Para que existan posibilidades de cambio, distintas fundaciones y organizaciones que protegen los servicios relacionados con la salud advierten que los estados deben entender que sin salud mental no se puede hablar de la existencia de una verdadera salud pública. Para los ciudadanos constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como encontrar y desempeñar su papel en la sociedad, la escuela y el trabajo. Para las sociedades, la salud mental de sus ciudadanos contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social. En cambio, las enfermedades mentales conllevan

costos, pérdidas y cargas de diversa índole tanto para los ciudadanos como para los sistemas sociales, por ejemplo: se ha encontrado que los trastornos conductuales en la infancia repercuten en los sistemas sociales, educativos, así como en los penales y judiciales. Por ende, los centros escolares y de trabajo, en los que pasa gran parte de su tiempo el enfermo mental, son escenarios de actuación fundamentales.

Con lo anteriormente expuesto se pretende indicar que si, en muchos casos, la salud mental está determinada en los primeros años de vida, su promoción en la infancia y la adolescencia se constituye como una inversión a futuro. Los hijos pueden desarrollarse mejor si existen medios para que los padres aprendan a ser padres... Un enfoque holístico de la escuela puede incrementar las competencias sociales, mejorar la resiliencia (capacidad del ser humano de sobreponerse a sus dificultades y al mismo tiempo aprender de sus errores) y reducir el acoso psicológico, la ansiedad y la depresión.

Por lo que respecta al ámbito laboral, se sabe que mientras una buena salud mental aumenta la capacidad de trabajo y la productividad, unas malas condiciones laborales, en especial el acoso intimidatorio de los compañeros o bullying, son causa de problemas psíquicos, bajas por enfermedad y costos empresariales más elevados. Resulta lamentable que un 80% de los empleados de todo el mundo dice sufrir estrés en el trabajo, de ahí que las intervenciones encaminadas a mejorar la capacidad individual y reducir los factores de estrés en el entorno de trabajo podrán potenciar la salud y el desarrollo económico (OMS 2002a:2).

Ciertamente, las actuaciones de los infantes y los jóvenes son dignas representantes de la dinámica internacional; no obstante, el envejecimiento de la población, con las consecuencias psíquicas que le son propias, exige una actuación también eficaz en el ámbito de la salud mental, con enfoque de derechos humanos, puesto que con la edad se presentan muchos factores estresantes -como son la capacidad funcional disminuida y el

aislamiento social- que pueden suponer un aumento de las enfermedades mentales. Por otro lado, la carga que conlleva los trastornos psíquicos aumenta por la depresión geriátrica y las afecciones neuropsiquiátricas relacionadas con la edad, como la demencia (OMS 2002a:1).

Promover y proteger los derechos de las personas con trastornos mentales requiere el esfuerzo concertado y unificado de diversas partes interesadas. En ese sentido sería necesario acrecentar investigaciones especializadas en el campo de la salud mental, con el fin de contribuir a la detección, prevención, tratamiento, rehabilitación, a través de acciones anticipatorias de los trastornos emocionales, mentales y de conducta; elevar el nivel de atención a dicha problemática, y con ello, aumentar el sentido ético y solidario de los individuos y las comunidades. Los proyectos antes mencionados, que son sólo algunos dentro de la enorme gama de cuestiones a desarrollar, ponen en evidencia que existe un amplio margen de acción, sólo es cuestión de empezar a trabajar en ello.

Aunque las condiciones en las que se encuentra la atención de la salud mental resultan deficientes, es preciso mencionar que dentro de la red de la OMS de hospitales promotores de la salud, el grupo operativo sobre servicios psiquiátricos, ha identificado algunos modelos de buenas prácticas psiquiátricas nacionales para la promoción de la salud mental mundial en Ghana, Lesotho, Mongolia, Namibia y Sri Lanka (OMS 2003b:13-15). Estos cinco ejemplos demuestran que las actividades de atención, rehabilitación y reincorporación de las personas que padecen alguna enfermedad mental, pueden impulsar el mejoramiento de la calidad de vida, como uno de los ejes conductores que se discuten desde el principio de este texto. Al mismo tiempo aseguran que las perspectivas de futuro no están encaminadas al fracaso, a pesar del estado cruel e inhumano con que hemos transitado la atención de la salud mental hasta el presente, pues el hecho de que se estén emprendiendo muchas iniciativas, fortalece el compromiso de cara a esta situación.

3. Políticas de salud pública en relación con los derechos humanos y las terapias que auxilian la salud mental

La preocupación por los malos servicios de salud surgió a principios del siglo XX, pero fue el 7 de abril de 1948 cuando el organismo de las Naciones Unidas, especializado en salud, creó la Organización Mundial de la Salud (OMS) con este fin. Tal y como establece su constitución, los objetivos de dicha institución son: que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud, por medio de la promoción de la cooperación técnica en materia de salud entre las naciones, la aplicación de programas para combatir y erradicar las enfermedades, y la mejora de la calidad de la vida; reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad con especial énfasis en las poblaciones pobres y marginadas; promover estilos de vida saludables y reducir los riesgos para la salud, y desarrollar sistemas de salud más justos y eficaces que sean financieramente más equitativos (OMS 2002b:2). Estructuralmente, 192 Estados miembros que se reúnen cada año y un Consejo Ejecutivo integrado por 32 expertos de la salud, conforman la organización, por conducto de la Asamblea Mundial de la Salud, la cual tiene entre sus principales cometidos: aprobar el programa y el presupuesto de la OMS para cada bienio y decidir las principales cuestiones relativas a las políticas en esta materia.

El derecho a la salud en general (no se alude en esa ocasión a la salud mental) se reconoce en numerosos instrumentos internacionales: en el primer párrafo del artículo 25 de la DUDH se afirma que

“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (OMS 2002a:8).

Por su parte, el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, (PIDESC) contiene el artículo más completo sobre el derecho a la salud de toda la legislación internacional relativa a los derechos humanos. En el párrafo 1

de su artículo 12, los Estados Parte reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (OMS, 2002a: 8), mientras que en el párrafo 2 de ese mismo artículo se enumeran, a título de ejemplo, algunas medidas que podrían adoptar los Estados Parte, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho.

El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr (mejor conocido como *derecho a la salud* se consagró por primera vez –como se ha indicado anteriormente- en la Constitución de la OMS (1948) y más adelante se reiteró en la *Declaración de Alma-Ata* de 1978 y en la *Declaración mundial de la salud*, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. En mayo de 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del Pacto, e incluyó una observación general sobre el derecho a la salud. En la citada observación se reconoce que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la participación, al disfrute de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

La OMS –según Nygren-Kung, en “Punto focal de la OMS para la salud y los derechos humanos”- interpreta el derecho a la salud como un derecho inclusivo, que no sólo comprende la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud en general, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro apropiado de alimentos sanos, una nutrición balanceada, una buena vivienda, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. De hecho, en la observación general se establecen cuatro criterios con respecto a los cuales se puede evaluar el respeto del derecho a la salud:

- Disponibilidad. Deberá haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información.
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, que ha sido culturalmente apropiada y sensible a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.
- Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad (OMS 2002a:10).

Tales criterios bien pueden despertar una sucesión de inquietudes que patentizan la deficiencia en los servicios de salud, en los que no sólo están involucrados los agentes médicos, sino todo un conjunto estructural: las instituciones, las familias, los propios usuarios y la sociedad en general. En este momento vale la pena preguntarnos ¿qué relación guarda el principio de no discriminación con la salud? Sobre los grupos vulnerables y marginados de la sociedad recae una proporción desmedida de problemas de salud. La discriminación explícita o implícita infringe los principios fundamentales de los derechos humanos y a menudo es la causa de la mala salud. En la práctica, la discriminación puede encontrarse en programas de salud no orientados a los destinatarios adecuados y en el acceso limitado a los servicios de este tipo. La prohibición de la discriminación no significa que no se deba reconocer que existen diferencias, sino que el hecho de dar un trato distinto –y de no considerar casos

iguales de la misma manera- debe basarse en motivos objetivos y razonables que tengan como finalidad corregir desequilibrios en la sociedad.

Por lo que respecta a la atención de la salud, las razones por las que se prohíbe la discriminación han evolucionado y actualmente, en resumen, está proscrita en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de etnia, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra forma que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad del goce o el ejercicio del derecho a la salud .

La discriminación se manifiesta de muchas formas complejas, que pueden, directa o indirectamente, afectar a la salud. Por ejemplo, en la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* se reconoce la relación entre la violencia contra la mujer y las relaciones de poder tradicionalmente desiguales entre los géneros. Por ende, entre la salud y los derechos humanos existen vínculos complejos que se sintetizan en:

- La violación o la desatención de los derechos humanos puede tener graves consecuencias para la salud.
- Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulan o se apliquen.
- La vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.

El enfoque de la salud basado en los derechos humanos se entiende como el medio de utilizar estos derechos como marco para el desarrollo sanitario, evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto, y tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la su-

pervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales) que guarden relación con la salud.

De acuerdo con las diversas propuestas de los organismos públicos, normas e instrumentos jurídicos, así como los planteamientos específicos ricoeurianos, los principios fundamentales que habría que aplicar en los procesos de atención a la salud, podrían ser los siguientes:

- Respetar la dignidad humana.
- Conceder atención a los grupos de la sociedad considerados más vulnerables. En otras palabras, reconocer y tener presentes las características de las personas a las que afectan menos las políticas, las estrategias y los programas sanitarios, cómo los niños y niñas, los adolescentes, las mujeres y los hombres mayores de edad; los pueblos indígenas; las minorías nacionales, étnicas, religiosas y lingüísticas; los desplazados internos; los refugiados; los migrantes; los discapacitados; los presos, y los grupos de personas desfavorecidas desde el punto de vista económico o marginadas por algún otro motivo.
- Garantizar que los sistemas sanitarios se hagan accesibles a todos, especialmente a los sectores más vulnerables o marginados de la población, de hecho y de derecho, sin discriminación por ningún motivo, con el fin de introducir medidas que protejan de las principales amenazas a las minorías y otros grupos "impopulares" en todos países, y contrarrestar de esta forma los desequilibrios de poder.
- Adoptar una perspectiva de género y reconocer que los factores biológicos y socioculturales influyen considerablemente en la salud de hombres y mujeres, por lo que en las políticas y los programas sobre salud es necesario tener presentes dichas diferencias de género.
- Garantizar la igualdad y la no discriminación, ya sea voluntaria o involuntaria, en la formulación y puesta en práctica de los programas de salud.
- Desglosar los datos relativos a la salud para determinar si hay discriminación subyacente.
- Garantizar la participación libre, fructífera y efectiva de los beneficiarios de las políticas o programas de desarrollo sanitario en los procesos de adopción de las decisiones que les afectan.
- Promover y proteger el derecho a la educación y a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas relativas a las cuestiones de salud. Ahora bien, el derecho a la información no debe menoscabar el derecho a la intimidad, lo que significa que debe darse un trato confidencial a los datos personales relativos a la salud.
- Dejar que una política o un programa sanitario limite el ejercicio o el disfrute de un derecho únicamente como último recurso y no considerar que ello es legítimo.
- Confrontar las consecuencias para los derechos humanos de cualquier ley, política o programa sanitario con los objetivos de salud pública que se persiguen, para lograr que exista un equilibrio óptimo entre la obtención de resultados positivos desde el punto de vista de la salud pública y la promoción y protección de los derechos humanos.
- Hacer referencias explícitas a las normas y reglas internacionales de derechos humanos para poner de relieve la forma en que estos derechos se aplican en una política, programa o ley sanitaria y la relación que existe entre ellos.
- Perseguir como objetivo explícito fundamental de las actividades destinadas a mejorar la salud la realización del derecho al goce del grado máximo de salubridad que se pueda lograr.

- Enunciar las obligaciones concretas de los gobiernos de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.
- Definir puntos de referencia e indicadores para supervisar la realización progresiva de los derechos en la esfera de la salud.
- Aumentar la transparencia y exigir una gestión más responsable de las cuestiones de salud, como principio fundamental en todas las etapas del desarrollo de los programas (OMS 2002a:16-17).

Al valorar la salud de una población o elegir políticas de salud, con base en un enfoque que atienda a los derechos humanos, no sólo se toman en cuenta las estadísticas sobre la esperanza de vida, la mortalidad infantil y las tasas de enfermedades específicas en una población determinada, sino que se tiende a tenerse en cuenta otros indicadores sobre la calidad de vida poblacional. Esta expresión se ubica en la ética médica en dos contextos: en el clínico cuando se trata de elegir entre diversos tratamientos para un paciente o seleccionar a un enfermo para recibir un tratamiento escaso y en el momento de escoger políticas de salud pública, cuando la meta no es sólo elevar la esperanza de vida o disminuir la tasa de mortalidad, sino mejorar la calidad de vida en general. En ese sentido, hay que resaltar que aunque en la bibliografía sobre el tema no siempre se alude a incrementar la calidad de vida de un paciente o de la población en general, a veces se señala que se debería incrementar su bienestar o los beneficios, pues no se olvide que el término “salud” se usa con una acepción muy cercana a la de calidad de vida. Lo que tienen en común todas estas nociones es que se emplean para evaluar los resultados de diversas acciones de salud y que todas ellas están de alguna manera relacionadas con la idea ética de lo que es una vida buena, una vida que vale la pena vivirse, o bien en términos ricoeurianos una “vida verdadera”.

Como asevera Mary Robinson, quien fuera (después de la presidencia de la República de Irlanda, 1990-1997) Alta Comisionada de las Nacio-

nes Unidas para los Derechos Humanos (1998-2005):

derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública (OMS 2002b: 2).

Dada su relevancia y complejidad, la defensa de la salud requiere de la participación concurrente de los estados, así como también del auxilio de los agentes de atención sanitaria, de los usuarios de cualquier tipo de servicio relacionado con la salud, de las instituciones académicas y de los medios de comunicación y de la sociedad en general, a efecto de alcanzar un verdadero “Estado de derecho de la salud” en el que existan las condiciones necesarias para que, en un entorno de equidad y justicia, se logre un desarrollo social integral, particularmente en los grupos más vulnerables, es decir, aquellos que por circunstancias de pobreza, origen étnico, edad, entre otras condicionantes desfavorables, se encuentran en un mayor estado de indefensión.

Por equidad se entiende que la distribución de las oportunidades para gozar de bienestar se guía -se reitera- por las necesidades de las personas, y no por sus prerrogativas sociales, lo que significa que hay que eliminar las disparidades en la salud y en los factores básicos que están sistemáticamente asociados a una situación subyacente de desventaja social. Por esta razón, en el discurso sobre los derechos humanos el principio de equidad se emplea cada vez más como un importante término genérico de política con el que se expresa la idea de actuar con imparcialidad.

A todo lo anterior hay que añadir el concepto de justicia, de acuerdo a la propuesta ricoeuriana,

deberá entenderse como un elemento que declina su valor utilitario para ir más allá de los requerimientos normativos de los servicios de salud, superando la consideración de la persona como un simple criterio de clasificación, diagnóstico y estadística. De esta forma la díada equidad-justicia permitirá gestionar mecanismos esenciales para luchar contra la mala salud.

Es al Estado, ciertamente, al que teóricamente le corresponde fijar un orden de prioridad entre bienes sociales primarios en conflicto a fin de darse una política social adecuada a estas necesidades, pero es a nivel de ese espacio público más amplio, en el que está inmerso el mundo jurídico, donde se afrontan los valores evocados. Es en este espacio donde son consideradas contradictoriamente las evaluaciones que confieren la significación de bienes a estas partes y a estos roles que la sociedad distribuye y asigna como portadores de derecho. En el curso de esta discusión pública se confirma el estatuto ambiguo de los valores, los cuales se escalonan muy próximos a los principios estables de justicia, y los criterios sometidos “a la ruda dinámica” de la tradición y la innovación, como es el caso en los dominios nuevos del medio ambiente o de las ciencias aplicadas a la vida (Ricoeur 1993:52).

Se hace necesario reclamar el carácter específico de la justicia en cuanto a su discurso y su argumento, no basta sólo detenernos en la desconfianza que se tiene de los procesos judiciales, sobre todo de su ejecución, como si el fuero de la violencia simplificara la actuación de la justicia, la espada que eclipsa la balanza, como bien concluye Ricoeur:

El discurso de la justicia es ejercido en el debate público concerniente al orden de prioridad que hay que establecer entre los bienes sociales primarios y entre los valores subyacentes a estos bienes. Por otra parte, el proceso entero, de la ley al pronunciamiento de la sentencia a través del proceso, no es más que un largo discurso (Ricoeur 1993:54).

La política de salud en México la elabora el poder legislativo, pero no siempre, o mejor dicho casi nunca, su contenido legislativo atiende a los crite-

rios antidiscriminatorios, de equidad y de justicia social (aludidos anteriormente), con intención de acabar con la estigmatización y mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales. Además, estos pacientes no cuentan con ningún apoyo social ni incluso de sus familiares, por lo que no tienen a nadie que los defiendan ante la justicia por alguna violación de derechos humanos, ni tampoco los agentes de salud. Sin embargo no debemos olvidar que para atender y promover la salud en general y la salud mental en particular, se ha insistido en la participación de diversos actores tanto del sector público, privado, institucional y organizacional que ocupan un lugar relevante en este difícil reto, como son los agentes de la salud -médicos, terapeutas, enfermeros, asistentes-, puesto que tienen una consigna peculiar en su ejercicio profesional –que no siempre cumplen: salvaguardar el derecho humano inherente a la integridad y bienestar física, psíquica y social del ser humano.

Por otra parte, bajo perspectivas multi e interdisciplinarias, el combate a la idea de que la salud significa ausencia de enfermedad comienza hasta apenas el siglo pasado. La literatura especializada afirma que los orígenes de la medicina evocan el instinto de curar vinculado con el instinto de conservación. Por ello puede afirmarse que el concepto de enfermedad está arraigado en una larga tradición milenaria: “todos los seres vivos obedecen a un impulso natural que los lleva a tratar de aliviar sus males [...]. Instintiva en el reino animal, la medicina original se vuelve naturalmente intuitiva en la especie humana” (Clavreul 1983:69), lo que quiere decir que las técnicas, recursos y descubrimientos iniciales en el terreno de la medicina también fueron fruto del instinto de conservación. De acuerdo con Jean Clavreul, existen algunas diferencias entre los reinos animal y humano; un ejemplo claro sugiere que en las colectividades animales dar muerte constituye una respuesta a la enfermedad como un intento de salvamento, mientras que entre los seres humanos, la historia nos muestra que el aislamiento de los enfermos en los hospicios, leproserías y sanatorios ha sido la respuesta más constante a la enfermedad, mucho más que los esfuerzos por socorrerla (Clavreul 1983:71).

Resulta significativo encontrar que varios autores coinciden en el asombro de que la medicina haya hecho más progresos en el curso de los últimos cincuenta años que en el de los milenios anteriores. Como la ciencia no quiere reconocer como suyos más que los hechos, la historia de la medicina se constituye bajo el esquema ensayos-errores, tras los cuales se retienen únicamente los logros. Al parecer, el desinterés por la historia ha provocado el olvido de los elementos que comprendieron la ética y filosofía de Hipócrates, los cuales estaban vinculados con el impulso del humanismo, que en la medicina cobraría una importante trilogía: “Hay tres cosas a considerar: el médico, la enfermedad y el hombre [paciente]” (Hipócrates 1932:97). La existencia del último permite ampliar la óptica que limita la relación médico-enfermo, pues justamente los aportes de Ricoeur nos permiten advertir que aunque el panorama médico se encuentre en un estado de desconfianza en la sociedad, se pueden modificar algunas actitudes en beneficio de la humanidad:

El hombre de hoy ha llegado a un umbral: tiene la posibilidad de realizar modificaciones fundamentales de la propia existencia, pero también puede destruirse. Se trata de una conquista que marca una época sin precedentes en la historia. Pero no hay que crear alarmismos. Cuanto más se ensancha el poder del hombre, más se amplían las posibilidades de bien y de mal. No hay que asombrarse ni desanimarse. No comparto la posición pesimista de quienes ven un riesgo de catástrofes irreversibles en el progreso científico y en el mismo fenómeno de la globalización (Ricoeur 2001,s/n).

Uno de los aspectos que debe entenderse para comprender el amplio campo de la salud es la enfermedad como un proceso desarrollado en pacientes individuales, en tanto la medicina es una institución social, de ahí que la primera tenga un carácter histórico, cuya comprobación está dada por el proceso transitorio de la colectividad humana, es decir “la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y de morir de los

grupos humanos” (Laurell 1982:26). No obstante, el proceso salud-enfermedad se articula con diversos fenómenos biopsicosociales. El desarrollo cada vez más complejo de la sociedad ha puesto en evidencia las incapacidades y los límites del marco epistemológico del modelo médico para dar cuenta de los problemas de salud existentes; se generaliza la creciente necesidad del aporte de otras disciplinas, para comprenderlos en su integridad y aportar soluciones.

Si esto es relevante en el caso de las enfermedades orgánicas, lo es mucho más para los trastornos mentales en tanto aceptemos que el individuo no existe fuera de la sociedad, que la personalidad no se forma sino colectivamente y en comunidad, que el desarrollo del ego es paralelo al desarrollo del alter y que hay una correlación estrecha entre lo individual y lo social. En una época en que la psicoterapia se intenta reducir a diferentes técnicas o simples resultados estadísticos, el valor de un espacio de encuentro -tanto con un/a, otro/a, como con uno mismo- parece que se simplifica por diversas condiciones. Sería importante poder abordar las terapias que se han desarrollado en atención a la salud mental (que por su extensión no se pueden exponer en esta ocasión). De hecho, los enfoques sobre la mente humana desde las ciencias de la psiquis son innumerables. Entre ellas se encuentran muy desarrolladas la psicología, el psicoanálisis, la psiquiatría, el psicodrama, la psicofísica, el enfoque gestáltico, la perspectiva de la psicoterapia cognitiva, los aportes de la bioenergía, entre muchas otras. De entre todas, las tres primeras han desempeñado en el ejercicio médico un papel preponderante en materia de salud mental y emocional, porque, además, de alguna manera sus planteamientos inciden de manera positiva en las cuestiones inherentes a los derechos humanos en relación con la salud mental.

4. Conclusiones: Bioética, derechos humanos y salud mental

Para nadie es desconocido que el contexto contemporáneo no está orientado por el bien común, pues vivimos en un mundo lleno de injusticias, con afán de protagonismo y autocomplacencia, por decir lo menos, como es estudiado en par-

ticular por Fernández-Carrión, en "Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos" (2015).

En la era digital, el sujeto social adquiere una notoriedad sin precedentes; se conjunta el yo individualista mediante la comunicación vía internet con otros yo, dentro de un colectivo anónimo o cuasi desconocido, donde el sujeto se muestra con sus condicionantes personales o imaginados y pensados como reales. En este mundo predominantemente individualista, los derechos humanos en algunas situaciones especiales, atienden al yo perteneciente a una minoría, atendida por los poderes fácticos mundiales en contra de la mayoría, actualmente en proceso de exclusión (Fernández-Carrión 2015:77).

Hay una fuerte tendencia presente que niega que entre los rasgos de la modernidad se encuentran la supresión de los principios de convivencia colectiva, basados en la solidaridad y la comprensión social y cultural, en favor de mecanismos y estrategias que habilitan un sistema político controlado, tendiente a la desigualdad y al empobrecimiento creciente de la mayoría de la ciudadanía. Frente a esa tendencia el debate en torno a los derechos humanos en general, como algunos derechos específicos, bajo una perspectiva ético-filosófica, nos ofrece un marco para la reflexión, la autocrítica y la motivación para ser partícipes de cambio. Cara a los retos que impone el siglo XXI vale señalar que los derechos humanos constituyen no sólo un parámetro ético-práctico que nos permite cuestionar las diversas formas de desigualdad e injusticia, sino también un eje propulsor de alternativas que intentan recuperar los valores que comprenden la dimensión humana.

El presente artículo enfoca lo concerniente al ámbito de los derechos humanos y la bioética y su relación con el campo de la salud mental: entendida ésta como expresión del ser total de una persona en un proceso de interacción cognitiva, emocional y afectiva con su entorno sociocultural y medio ambiente físico. Es importante, señalar que estos derechos universales comprenden un ámbito propicio para encarnar y fomentar valores, porque sitúan a la dignidad humana y a la

persona en relación a la ética y la moral, bajo un condicionante de libertad, igualdad, justicia, democracia, pluralismo y derecho. Esto significa que para abordar las problemáticas que rodean la salud mental, también debemos ir más allá del sector salud tomado como simple atención a la enfermedad, desde aspectos relacionados con la evaluación de los determinantes de los patrones de salud y enfermedad hasta la provisión de soluciones en caso de violaciones de los derechos. De hecho, el marco de los derechos humanos reta a las estructuras de poder para que expliquen la existencia y permanencia de grandes inequidades en los estándares de salud nacional, así como con respecto a la población mundial.

Enmarcados en un contexto social, los derechos humanos se insertan en la defensa de problemáticas específicas que atentan contra la integridad humana; por tanto, la salud mental demanda un derecho concreto, aunque con frecuencia se caiga en la tradicional dicotomía cuerpo-mente, puesto que refiere a una dimensión holística del individuo, que comprende lo individual, lo social y su entorno. La salud en general y la salud mental en particular están íntimamente relacionadas con las condiciones, modos de vida y convivencia que son propios de un tiempo y un lugar concreto. Lo social, el discurso imperante, los conflictos que afectan a una sociedad determinada inciden de tal forma que generan específicas formas de padecimientos que se expresan de muy variadas maneras. Desde esta perspectiva, la salud mental está condicionada por la capacidad de cada persona de disponer y/o generar recursos subjetivos para abordar los conflictos en cada momento y lugar. Cuando esta capacidad se ve dañada o entorpecida, la persona queda en una situación vulnerable que no siempre es atendida adecuadamente.

Asimismo, desde la perspectiva de la bioética, el panorama del problema de la salud mental es sobrecogedor. Quienes padecen trastornos mentales se encuentran entre las personas más desatendidas del mundo. De hecho, en muchas comunidades, las enfermedades mentales ni siquiera se consideran una verdadera afección médica, sino un síntoma de debilidad de carácter o un castigo por un comportamiento inmoral.

Incluso cuando se reconoce que esas personas padecen una afección médica, a menudo se les da un trato menos que humano. La importancia de hablar de este tópico radica en que las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales se producen en todo el mundo: en centros de salud mental, hospitales y en las comunidades en general, y por ello vale la pena hacer un alto para discernir sobre esta situación y sus lamentables consecuencias.

Ante la magnitud de este fenómeno social: la estigmatización y dadas las condiciones de vida que permean en nuestra época, su etiología multifactorial, el escarnio y la discriminación generalizada que conlleva, así como los largos y a veces equivocados tratamientos terapéuticos, hoy nadie está exento de padecer alguna situación que afecte su salud mental. Esta puede provenir de trastornos alimenticios, falta o sobra de autoestima, crisis de personalidad, problemas de adicciones, violencia emocional, daños provocados por desastres naturales, guerras, situaciones de emergencia y conflictos sociales y políticos, incluidos los disturbios religiosos y étnicos, que son muy numerosos y de naturaleza cambiante y para conseguir una solución, la respuesta más adecuada debería ser una estrategia política en salud pública.

No existe una edad específica para padecer algún tipo de crisis que afecte la salud emocional y mental aunque se ha descubierto que la modalidad del vínculo guarda estrecha relación con la aparición de trastornos mentales, de modo tal que los niños privados de cariño tienen más probabilidades de presentar trastornos mentales y del comportamiento durante la infancia o en el resto de su vida. Factores sociales como la urbanización descontrolada, permanentes problemas económicos, la pobreza y los rápidos cambios tecnológicos también tienen gran influencia. Los pobres y los desfavorecidos cuentan con una prevalencia más alta de trastornos mentales: las desigualdades en materia de accesibilidad médica, tienen un gran impacto en la mayoría de los trastornos, pero para la población pobre son especialmente significativos.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, el planteamiento de una política de salud mental debe ser necesariamente contextualizada en un escenario histórico-social que permita expandir la conciencia social de la necesidad de ciudadanos con mayor conocimiento de la ética. Esto es un elemento importante para que colectivamente participen en una nueva cultura que involucre los derechos humanos y la salud mental, dado el agravante de que las sociedades actuales se encuentran inmersas en procesos complejos de conflictos de valores y dilemas morales, que afectan al individuo tanto personalmente como en relación con su entorno.

Pudiera pensarse que el tema de la salud mental sólo atañe a los proveedores e instituciones de salud, sin embargo, el progreso no se construye en solitario, es necesario que todos asumamos con compromiso y responsabilidad las distintas tareas que cada uno tiene asignadas socialmente según sus distintos roles. Por eso, sostenemos que urge que la formación ética se interiorice en lo más profundo de nuestro ser, que entendamos que más allá de memorizar unos valores, reconocer y asumir ciertas actitudes y hábitos, debemos interiorizarlos como un estilo de vida que nos ayuden a ser felices y también a favorecer la felicidad de los otros. Si logramos que la ética sea una aspiración humana, entonces el cuidado, la solicitud y la reciprocidad tienen que convertirse en categorías básicas. Y en el ámbito de la esfera pública esto obliga a mantener estrecha relación entre autoestima, solicitud y sentido de la justicia. El estigma y la discriminación que existen en nuestro contexto, provoca que mucha gente con alguna enfermedad mental esconda su padecimiento, por ello, necesitamos sensibilizar y educar a la población en materia de salud mental. Sólo así se conseguirán servicios eficientes y eficaces de salud mental, con base en una estrategia coordinada, intersectorial y basada en la comunidad, que pueda instar a los gobiernos a que apliquen programas para la comunidad centrados en la promoción de la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, la pronta intervención y el tratamiento, los cuidados y, por qué no, la rehabilitación a domicilio.

Dado que la salud mental de la comunidad impacta diversos aspectos de desarrollo social, resulta pertinente cerrar el presente artículo con la declaración de algunas acciones concretas que bien pueden servir para hacer frente a la problemática de la atención de la salud mental. No se trata de un modelo estricto de atención, pero sí confiere un marco de acción que intenta recuperar la dimensión humana, con el único propósito de hacer realidad el binomio ético de amor y justicia, ya que promover y proteger los derechos de las personas con trastornos mentales requiere el esfuerzo concertado y unificado no sólo de diversas partes interesadas, sino también de la sociedad en general.

Hay que enfatizar que, de acuerdo con la perspectiva ricœuriana, el concepto ético y filosófico de la persona tiene un papel definitivo en la incesante configuración de los derechos humanos. Independientemente de las distintas maneras de llamarlos: derechos morales, fundamentales, inalienables, naturales o históricos, éstos se respaldan sobre valores que van desde la no violencia, la igualdad, la seguridad, la libertad, la dignidad, la tolerancia y el respeto, hasta el amor y la justicia; de ahí que resulte importante enriquecer, no sólo en la teoría sino en la práctica social, la relevancia y pertinencia de discutir reflexiones que desemboquen en acciones concretas y pertinentes para la consecución del bienestar social, la paz, el respeto por la dignidad, la integridad comunitaria y demás condiciones que el ser humano reclama día con día. En términos sintéticos, si bien es cierto que para resolver muchos de los problemas sociales se necesitan importantes sumas de recursos financieros, vale la pena mencionar que la atención de la salud mental aboga previamente por la sensibilidad y la conciencia de la humanidad entera. La cómoda actitud de tratar a quienes padecen trastornos mentales como objetos médicos tiende a cosificar a los pacientes, sin saber que al mismo tiempo –según Octavio Márquez Mendoza- nos despersonalizamos a nosotros mismos, puesto que cuando se niega al otro, el yo desaparece como una inevitable y consecuente respuesta (Márquez 2011).

Es indudable, que constituye un gran avance político que organismos internacionales como la

ONU u OMS, por ejemplo, establezcan normativas sobre la salud pública internacional, y que el Alto Comisionado de Naciones Unidas elabore reportes e informes sobre la salud mental y su estigmatización (2016). En esta misma línea debe considerarse también la propuesta de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México sobre Los derechos de los pacientes. Prevención de la violencia, atención a grupos vulnerables y los derechos humanos (2003), así como en general la legislación mexicana en favor de la salud mental. Pero, como se dijera en tiempo de la “Colonia”: “la ley se acata pero no se cumple” o no se aplica. No existen controles públicos y menos sociales, supervisados por la población en general, para apreciar el cumplimiento de las políticas públicas de salud nacional ni las normas internacionales a este respecto.

De acuerdo al “Punto focal de la OMS para la salud y los derechos humanos”, existen cuatro criterios con respecto a los cuales se puede evaluar el respeto del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (OMS 2002a:10). Pero sobre estos “criterios”, se impone un posicionamiento bioético por parte de la sociedad misma –según Fernández-Carrión (2016)- que mida el cumplimiento de la disposición de la política de salud y su aplicación práctica en los centros de salud pública, atendiendo a las variables: antidiscriminación, equidad y justicia social. Estas variables son un elemento clave para el control del indicador establecido en el presente artículo, denominado de “estigmatización social” de la enfermedad mental (apartados 2 y 3).

Para finalizar, baste indicar que la defensa de la salud mental debe sustentarse, en primer lugar, en la búsqueda de una calidad de vida del enfermo mental, estigmatizado social y políticamente, y ultimar con la defensa de los derechos humanos y la comprensión bioética de dichos pacientes, con el propósito de alcanzar el reconocimiento social de dicha enfermedad. Para lograrlo se hace necesario la correcta aplicación de la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos (DUBDH) (2005), que pretende ser una orientación a la acción particular como a la praxis política de ciudadanos y estado:

“a. proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética”, “b. orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas”...

Asimismo respetar los fundamentos sobre los que se sustenta esta declaración: la dignidad humana, la igualdad, la autonomía y responsabilidad individual, entre otros, que de forma específica benefician la calidad de vida de todos los pacientes.

Entregado 8-11-2016
Aprobado 30-12-2016

Bibliografía

- ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS), 2001. Servicio de salud mental y obstáculos para su aplicación, intervención del secretario de Salud de México en la 54 Asamblea Mundial de la Salud. Consulta 15 de mayo de 2001. Disponible en <http://www.who.int...>
- CAVESTANY, J., 1997. EEUU hizo experimentos radiactivos con esquimales, negros, soldados y deficientes, *El País*, 29 agosto. Consulta 12 de septiembre de 2016. Disponible en http://elpais.com/diario/1997/06/29/sociedad/872805601_850215.html,
- CLAVREUL, J., 1983. *El orden médico*, Argot, Barcelona, traducción de Marta Vasallo.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (CCE), 2005. Libro verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la unión Europea en materia de salud mental. Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas. Consulta 12 de septiembre de 2016. Disponible en http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green.../mental_gp_es.pdf
- FERNÁNDEZ-CARRIÓN, M.H., 2016. Bioética y discapacidad, *Revista Vectores de Investigación* [en imprenta].
- , 2015. Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos, en Guerrero, A.L. et al, *Derechos humanos y genealogía de la dignidad en América Latina*, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa, México, pp. 77-99.
- HIPÓCRATES, 1932. *Des epidemies*, Javal et Bourdeaux, París, tomo I.
- KAYE, D., 2003. Derechos humanos y servicios de salud, en Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), *Los derechos de los pacientes*, México, fascículo 4.
- LAURELL, A.C., 1981. La salud-enfermedad como proceso social, *Revista Latinoamericana de Salud*, 1981, 2(1): 7-25
- MÁRQUEZ MENDOZA, O., 2011. Salud mental, un desafío para los derechos humanos, en Mejía Mordero, A., Nazar-Beutelspacher, D.A. y Salvatierra Izaba, B. (comp.), *La salud y la migración*, Universidad Autónoma del Estado de México, El Colegio de la Frontera Sur, Toluca.
- MÁRQUEZ MENDOZA, O., FERNÁNDEZ-CARRIÓN, M.H., et al., 2016. La bioética latinoamericana, Herreros Ruiz-Valdepeñas, B. y Bandrés Moya, F., (coord.), *La bioética en España y Latinoamérica*, Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética, Universidad Europea, Madrid, pp. 47-72.
- NACIONES UNIDAS (ONU), 2016. Informes Alto Comisionado-ONU Derechos humanos, Consultado 12 de septiembre de 2016. Disponible en www.hchr.org.co/documentos/informes/informes/altocomisionado/informes.php3?cat...
- (1948) Declaración universal de derechos humanos, <http://www.un.org/es/documents/udhr>, fecha de consulta 12 de septiembre de 2016.
- NYGREN-KRUG, H., 2002. Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos, Organización Mundial de la Salud, Suiza. Consulta 12 de abril de 2015. Disponible en http://who.int/hhr/activities/Q%26Afinalversion_Spanish.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 2003. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Consulta abril 2005. Disponible en <http://www.who.int/whr/integratinguides.htm>
- -2002^a. World Health Report 2002. Consulta abril de 2005. Disponible <http://www.who.int/lwhr/2002>.
- ---2002^a. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible en www.who.int/whr/2002/en

- --2002b. Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos, OMS, París.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2002. Salud mental, un problema serio, pero con solución, Washington, 31 de enero de 2002. Consulta abril 2005. Disponible en <http://www.ops.diary.com.html>
- OTZEN, E., 2015. Los niños que Dinamarca sacó de Groenlandia para convertirlos en un experimento social, 11 junio, BBC, London. Consulta 12 de septiembre de 2016. Disponible en BBC, http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/06/150610_experimento-dinamarca-groenlandia.ninos.ch., fecha de consulta 12 de septiembre de 2016.
- PFEIFFER, M.L., 2006. El ser humano como objeto. Ciencia y ética, Revista Jurídica de Buenos Aires. Lexis Nexos, Número especial Bioética y derechos humanos, pp.355-372.
- POTTER, V.R., 1970. Bioethics, the science of survival, *Biology and Medicine*, vol. 14, No. 1.
- REICH, W. (coord), 1995. *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, 2 ed. Vol. I. New York.
- RICOEUR, P., 2001. Entrevista con Ricoeur sobre los nuevos desafíos éticos, Roma, 28 de junio de 2001. Consulta enero 2006. Disponible en , <http://www.zenit.org.com>
- 1993. Amor y justicia, Caparrós Editores, Colección Esprit, Madrid, traducción de Tomás Domingo Moratalla.
- SGRECCIA, E., et al., 2005. Qué significa "calidad de vida". Una conferencia en el Vaticano considera algunos principios éticos al respecto. [Versión electrónica]. Consulta 18 de enero de 2006. Disponible en: <http://www.sanitarioscristianos.com/documentos/234.pdf>.
- UNESCO, 2005. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. Disponible en unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf.