

LEGISLACIÓN EN SALUD MENTAL Y ETNIA-RAZA

MENTAL HEALTH AND ETHNIC-RACE LEGISLATION

Mónica Elizabeth OLAZA LÓPEZ¹

Viviana Lorena CABRERA SANGUINETT²

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

PALABRAS CLAVE: étnicoracial, salud mental, legislaciones, América Latina

INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como finalidad revisar la consideración de la dimensión étnico/racial en las leyes de salud mental latinoamericanas (incluyendo como caso específico a Uruguay), entre los años 2000 y 2017. La elección temática y del período de revisión responde a los cambios que desde la década de los noventa se observan en las sociedades latinoamericanas. Ejemplos de esto han sido las modificaciones en las constituciones de varios países, entre ellos Colombia, Brasil, Argentina, Bolivia y Venezuela declarando su composición social pluriétnica y/o multicultural, la creación de institucionalidad, planes, programas y legislación que contempla las desigualdades en las que la raza/etnia incide.

Para Uruguay, es un momento de particular interés, a partir de la aprobación de la Ley de Salud Mental n. 19529, en agosto de 2017 - que, como veremos, no contempla la perspectiva étnico/racial, considerada aquí relevante - fundamentalmente desde que en 2005 el gobierno uruguayo adopta un enfoque de nuevos derechos. Revisar esto en otras sociedades latinoamericanas echará luz acerca de la importancia de la presencia de este enfoque en la legislación de la salud mental, principalmente tomando en cuenta

¹ Profesora de la Universidad de la República. Montevideo, Montevideo, Uruguay. E-mail: monicaolaza@hotmail.com

² Licenciada de la Universidad de la República. Montevideo, Montevideo, Uruguay. E-mail: cuchota@gmail.com

los padecimientos psíquicos que la discriminación racial y el racismo genera entre sus víctimas (FANON, 1969).

Para llevar a cabo la revisión se realizó una exploración documental sobre las leyes latinoamericanas de salud mental, con el fin de encontrar en ellas algún componente de carácter étnico/racial. De ello surgieron como antecedentes de la ley en Uruguay, las legislaciones de Perú, Brasil, Colombia, República Dominicana, Cuba, Ecuador, Paraguay, Bolivia, Panamá, Chile, Guatemala y Argentina.

1. ETNIA Y RAZA: UN TEMA A CONSIDERAR

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

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

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

Como hemos mencionado, el racismo se apoya en un sistema de estratificación social, económica, política, cultural y ambiental que determina a las comunidades y a los pueblos. Las personas que experimentan estas prácticas discriminatorias padecen la negación persistente de sus derechos y libertades básicas (URUGUAY, 2016).

Así, las diferencias en salud a partir de la discriminación social, se caracterizan por dificultar el acceso de los que más necesitan impidiendo, a su vez, que les llegue la información pertinente para la toma de decisiones (TORRES, 2001)

Por lo tanto al pensar en la salud desde una perspectiva de derechos, lo hacemos también desde lo cultural. La salud se encuentra anclada en una trama social en la que se debería tener en cuenta las relaciones de desigualdad. Para mencionar un ejemplo la brecha que existe entre la población afrodescendiente y la población que se autodefine como blanca también se hace notoria en el ámbito de la salud. Al mismo tiempo, los datos e investigaciones sobre afrodescendencia y salud en nuestro país son muy escasos (URUGUAY, 2015a).

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

El problema puede adquirir dimensiones mayores cuando se intersecciona el estigma por pertenencia étnico-racial, con el estigma cuando se tiene algún problema relacionado a lo mental. No conocer las enfermedades mentales lleva a que se «marque» a todos aquellos que las padecen, es decir, se los etiqueta. El impacto de este hecho es muy negativo, sobre todo si se pertenece a grupos vulnerables socialmente. (ARNAIZ; URIARTE, 2006).

Según PNUD (2004), los grupos más vulnerables son las minorías de inmigrantes o algunos grupos étnicos, que padecen aún de escasas posibilidades en comparación con el resto. Negar al otro es un tipo de discriminación cultural que se ha transmitido a lo largo de la historia. En la Modernidad, esta clase de exclusión se vio reflejada en la distribución de los ingresos, conformando un sesgo elitista en las relaciones de poder y siendo un obstáculo para el desarrollo normal de los Estados democráticos. La negación de la cultura y de la identidad del otro que no es igual al «dominante» constituye lo que se llama *discriminación étnico-racial* (HOPENHAYN; BELLO, 2001)

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

Por mucho tiempo existió y continúa existiendo la exclusión económica y social de los pueblos que pertenecen a diferentes grupos étnicos que no son dominantes. A

través de los discursos se invisibiliza la realidad y se toma esa exclusión como natural, pues no se consideran sus derechos en las alternativas de planes y programas a desarrollar (ARTILES, 2007)

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

Cuando se habla de discriminación y de falta de oportunidades, vemos cómo esa colonialidad del poder se refiere a una clasificación social que se apoya en una jerarquía racial y también sexual, que va desde lo superior a lo inferior. Dicha clasificación se basa en los diferentes estratos sociales (blancos, mestizos, indios y negros) y con ella se le da sentido a la explotación (entre otras cosas) del trabajo bajo el poder del capital: esto es conocido como la *racialización* y la *capitalización* de las relaciones sociales (QUIJANO, 2000). A las poblaciones dominadas se les reduce el acceso a la salud, a la educación y a los salarios dignos, siempre en comparación con la población blanca (CEPAL, 2000).

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

Frente a esta problemática, los cambios a nivel social y gubernamental producidos en los diferentes países, y particularmente en el nuestro, están focalizados, en su mayoría, en cómo mejorar la equidad y el acceso universal a los derechos de las personas en educación, economía, cultura y lo que nos compete en esta exposición, es decir, la salud. Para lograr una identidad colectiva sana se puede pensar en el desarrollo humano, con el que se trata de ampliar las «opciones» para que todos puedan elegir la vida que quieren llevar (PNUD, 2016).

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

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

Si bien el gobierno uruguayo presta atención a la *cuestión racial* desde 2003 en el nivel departamental y 2005 nacional, la sociedad uruguaya parece no haber cuestionado seriamente la posibilidad de existencia de discriminación y de racismo en sus actitudes y prácticas. El tema aparece cuando se producen denuncias y estas son tomadas por los medios de comunicación, pero no se debate en profundidad acerca del tópico (OLAZA, 2014).

En salud mental Uruguay cuenta con la ley n. 19.529 impulsada por autoridades del Ministerio de Salud Pública, por actores políticos, por familiares de usuarios, por técnicos y por organizaciones sociales. Con ella se intenta mejorar las condiciones de acceso para todos los usuarios del sistema de salud; además, según esta ley la salud mental es “[...] un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (URUGUAY, art.2, 2017).

Se desprende como finalidad asegurar el acceso universal de todos los usuarios, considerando que la salud es un derecho y que es necesario proteger la salud mental. Asimismo, se toman en consideración aspectos sobre prevención, protección y universalización, así como también el principio de no discriminación, sea por estatus social, por creencias, por género o por raza (URUGUAY, 2017). Es pertinente considerar que en este proyecto no se brindan argumentos sólidos en defensa de la igualdad étnico-racial, puesto que se menciona someramente la no discriminación por color o raza, sin profundizar el concepto desde la multiculturalidad que atraviesa la sociedad en nuestros días.

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

2. PANORAMA GENERAL DE LA SALUD MENTAL Y SU LEGISLACIÓN EN URUGUAY

América presenta una demografía diversa y heterogénea (de hecho, una de las más complejas del mundo), dado que la conquista, la colonización y la inmigración han llevado a la convivencia de numerosos grupos étnicos, más que en cualquier otra parte de la región. En las Américas la diversidad de comunidades se encuentra más presente que en otros continentes. Las de origen africano viven diferentes situaciones, dependiendo de los escenarios geográficos: por ejemplo, en las naciones angloparlantes del Caribe, estos grupos representan la mayoría y, a su vez, participan en el ámbito político. En los demás países latinoamericanos los afrodescendientes son la minoría de mayor importancia en lo que respecta a número, y es destacable que este grupo no tenga una actividad política amplia, sino más bien restringida (TORRES, 2001). Este es el caso de Uruguay donde el 8.1% de la población declara tener ascendencia afro o negra (CABELLA; NATHAN; TENENBAUM, 2013).

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

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

Tanto los trastornos mentales como los determinantes en salud mental implican características individuales como emociones, pensamientos e interacciones y factores económicos, políticos, culturales y ambientales. Por lo tanto, al exponerse en situaciones de adversidades a edades tempranas se establece un riesgo que puede ser prevenible en lo que respecta a trastornos mentales (OMS, 2013).

En el *Plan nacional contra el racismo y la discriminación* (URUGUAY, 2011a) se exploró la situación de los afrodescendientes de nuestro país, estableciendo entre sus objetivos que las políticas públicas se deberían centrar en la lucha contra la discriminación y el racismo, al tiempo que se fundamentan desde una perspectiva de derechos. Allí también se pretende, entre otros puntos, visualizar todas aquellas prácticas que sean discriminatorias hacia los estratos sociales más vulnerables: para contrarrestar esta situación, sería necesario empoderar a los diferentes colectivos que sean afectados. Además, se planteó como finalidad incorporar, a partir de la transversalidad, lo referente a derechos humanos en las políticas públicas de nuestro país. En cuanto a las consideraciones finales, se concluye que el diseño del plan debe integrar en las políticas públicas la perspectiva de igualdad, con un enfoque étnicoracial, al tiempo que se fortalecen los movimientos

afrodescendientes desde la sociedad civil. Dichos movimientos abordan el fenómeno del racismo desde una deconstrucción del término *raza*. (URUGUAY, 2011a)

3. SALUD MENTAL Y LEGISLACIÓN EN URUGUAY

Este apartado procura brindar un panorama general de la situación e historia de la salud mental en el país.

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

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

La reforma de salud en Uruguay se ha mostrado como un constante movimiento, en el que siempre será necesaria una revisión, dependiendo de cuáles sean los cambios que se presenten a nivel social (GALLO, 2015). Los cambios y los procesos de transformaciones que se han dado y aún se dan en Latinoamérica y en nuestro país, particularmente, permiten destacar nuevos procesos de reforma del Estado para adaptarse a las nuevas exigencias del entorno. Fue necesario, a nivel de salud, aumentar el poder de autonomía y, a su vez, promover la participación social que debería ser de forma horizontal: el gobierno y las comunidades deberían trabajar juntos para elevar el nivel de vida de la población, hecho que permitiría mejorar las condiciones en salud (PÉREZ, 2007).

En lo que refiere a salud mental, se ha transitado a lo largo de la historia por desigualdades e inequidades, resultantes de una serie de prejuicios que se presentan en la comprensión de las problemáticas relacionadas al tema. La OPS ha oficiado como facilitadora y orientadora de los países para la promoción de la salud mental y de la atención de trastornos psíquicos a nivel continental. Uruguay pertenece a los países que están en proceso de modernización y de globalización, aunque presenta cambios que causan diversas problemáticas en la salud mental de la población. Por ejemplo, dentro de estas proble-

máticas encontramos las disfuncionalidades familiares, las carencias afectivas, los entornos no favorables, la exclusión social y la pobreza, entre otros factores (OPS; OMS, s.f.).

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

El proyecto de ley de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud de octubre de 2016, surge a partir de lineamientos diferentes a los que planteaba el modelo tradicional (fuertemente institucionalizado en nuestro país), que, por diferentes motivos, ha colapsado: por lo tanto, se han requerido nuevas miradas y políticas públicas más fortalecidas. Se necesita, además, una reestructuración de los servicios de la salud mental basada en la atención primaria de la salud (APS). A su vez, se debe apelar tanto a la promoción como a la prevención en salud mental (OPS; OMS, s.f.). El proyecto de ley de salud mental considera que esta se trata de un proceso dinámico relacionado con componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Además, plantea que las políticas en salud mental deben contemplar la prevención, los tratamientos y la rehabilitación, al tiempo que se fundamentan en el avance tecnológico y científico: es primordial que se trabaje desde una perspectiva de derechos. El contenido de este proyecto de ley en salud fue discutido por el Ministerio de Salud Pública, por actores políticos, por asociaciones de usuarios, por técnicos, por familiares y por organizaciones sociales. Se estructura en siete capítulos, con las siguientes temáticas: disposiciones generales, derechos, autoridad de aplicación, interinstitucionalidad, abordaje, órgano de contralor y disposiciones transitorias (URUGUAY, 2016).

El anteproyecto de ley (también analizado) está inspirado tanto en documentos nacionales como internacionales. De hecho, se destaca que el contenido fue discutido por amplios sectores, pues se va desde autoridades de gobierno hasta organizaciones sociales implicadas en el tema. A nivel internacional, la ONU promueve que la atención de aquellos usuarios que padezcan trastornos mentales sea desde su comunidad, es decir, que se debe buscar una forma de atención que supere el modelo psiquiátrico que desde siempre actuó como medio dominante. Otra de las premisas que se visualiza en el proyecto es evitar la discriminación y el abuso del que a veces son víctimas las personas con deficiencia mental (URUGUAY, 2016). Asimismo, en el capítulo 3, en los incisos 2 y 3, correspondientes a los derechos de los usuarios y de los familiares del anteproyecto

de ley, se reivindica el no ser discriminado ni estigmatizado, además del respeto por los valores culturales (URUGUAY, 2015).

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

Vale decir que existe la ley n. 18 335, titulada *Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud*, de 2008. Allí se establece el cometido de regular los derechos y las obligaciones de los pacientes y los usuarios en relación con los servicios de salud. En su artículo 2 se afirma que

[...] los pacientes y usuarios tienen derechos a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón, ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidad, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica (URUGUAY, 2008, p.1).

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

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

El estigma no solamente repercute en las personas con trastornos mentales, sino que ha sido establecido también en otros grupos vulnerables (LÓPEZ, 2008). Porque pertenecer a un grupo étnico va a determinar las desigualdades en salud, pues esas desigualdades se ven reflejadas en el acceso a los servicios de salud (ARIZA; HERNÁNDEZ, 2008). Dicha situación se agrava cuando no se reconocen estas desigualdades y no existen respuestas a las necesidades de cada grupo. Entonces, ¿cómo se presenta el componente étnico-racial a nivel de legislaciones latinoamericanas?

4. SALUD MENTAL Y ETNIA/RAZA EN LA LEGISLACIÓN LATINOAMERICANA

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

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

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

En ese sentido para resolver las injusticias que sufren los grupos subordinados, como la distribución de recursos económicos y los prejuicios en el ámbito social es necesario actuar en ambos niveles (FRASER, 2001). El aspecto simbólico y cultural de la desigualdad genera problemas de reconocimiento, ocasionando daños en el individuo y en el grupo, en la medida en que la imagen degradante que se proyecta desde afuera se convierte en una forma de autorreconocimiento (OLAZA, 2017 b).

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

Indagando en las legislaciones de Latinoamérica referentes a salud mental, se hallaron, dentro del período 2000-2017, las pertenecientes a los siguientes países: Colombia, Brasil, Argentina, Perú, Ecuador, Paraguay, Bolivia, Cuba, Uruguay, República Dominicana, Guatemala, Chile y Panamá.

A continuación se presenta un cuadro con cada país, año de aprobación y nombre de la ley en salud mental. Posteriormente se analiza el contenido de la ley en cada país según el objetivo de este trabajo, que refiere a identificar en ella referencias a lo étnico/racial. Los países se presentan comenzando con el más antiguo respecto a la aprobación de la ley de salud mental.

4. LEGISLACIONES EN SALUD MENTAL EN PAÍSES LATINOAMERICANOS

Cuadro 1

PAÍS	AÑO	LEY
CUBA	1995	Carta de la Habana.
BOLIVIA	1999-2000	Plan de Salud
REPÚBLICA DOMINICANA	2006	12-06
GUATEMALA	2007-2015	Plan Nacional de Salud Mental.
BRASIL	2010	10.216
CHILE	2010-2012	Ley 20.584 Ley 20.422
PARAGUAY	2011-2020	Política Nacional de Salud Mental.
PERÚ	2013	29.889 26.842
ARGENTINA	2013	26.657
ECUADOR	2015-2017	Plan Estratégico Nacional de Salud Mental.
PANAMÁ	2016-2017	Plan Operativo de Salud Mental.
URUGUAY	2017	19.529

Fuente: Elaboración propia

En lo que sigue se reseñará si estos países incluyen el componente étnico en sus respectivas legislaciones.

COLOMBIA

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

BRASIL

Brasil cuenta con la ley n. 10 216, que trata sobre las disposiciones en protección y derechos de las personas con trastornos mentales y sobre redireccionar el modelo asistencial en salud mental. En su primer artículo se remarca la necesidad de proteger a aquellas personas que padecen trastornos mentales, al tiempo que se busca garantizar que no sufran ningún tipo de discriminación (sea por su raza, color, sexo, orientación sexual u opinión política) (BRASIL, 2001). También existen dicho país la ley n. 12 288, que establece el *Estatuto de la igualdad racial* y tiene como fin asegurar a la población afrodescendiente de Brasil la igualdad de oportunidades. Esta ley está organizada en seis capítulos, de los que tomaremos el primero, sobre el derecho a la salud. Allí se menciona que este derecho será otorgado por medio del poder público a través de políticas sociales, universales y económicas, de modo de reducir el riesgo de enfermedad. El artículo 6, inciso 1, refiere el acceso universal e igualitario al Sistema Único de Salud (SUS) que rige en Brasil, para dar cumplimiento a la promoción, protección y recuperación de la salud. Finalmente, el artículo 8 esboza los objetivos de la política nacional de salud integral de la población afrobrasileña, destacando que la promoción de salud debe priorizar la reducción de desigualdades étnicas, así como también la de prácticas discriminatorias, todo ello con el fin de mejorar el acceso al SUS (BRASIL, 2010).

PERÚ

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

REPÚBLICA DOMINICANA

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

CUBA

Cuba tiene un sistema de salud mental que se encuentra dentro del sistema único de salud pública. Este se apoya en los principios rectores de la Declaración de Caracas (1990) y en la Carta de la Habana (1995), donde se presenta la reorientación de la psiquiatría hacia la Atención Primaria de la Salud (APS). Según lo que se plantea en Cuba (2011), la salud pública debe basarse en los preceptos humanistas de la organización socialista y, a su vez, la atención debe estar al alcance de toda la población, sin distinción de color de piel, ni procedencia social. Asimismo, existe una interrelación estrecha entre investigación, docencia y asistencia, lo que permite erigir las bases para los principios rectores de las investigaciones. Cabe destacar que los servicios de salud mental se encuentran ubicados en las comunidades, vinculados a la APS (CUBA, 2011).

ARGENTINA

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

ECUADOR

En Ecuador el sistema de salud se presenta dividido por fuertes trabas económicas, geográficas y culturales que impiden el acceso de la población al sistema de salud. En referente a Salud mental no existe una ley en sí, pero sí variados planes que nombran a esta. El Plan Nacional y Político en Salud Mental fue revisado en el año 1999 (ECUADOR, 2008). La salud mental se ha mantenido con un enfoque de atención psiquiátrica con espacios limitados, es a partir de 2014 que se lanza el Plan Estratégico de Salud Mental 2015-2017 vinculado a la atención integral de salud familiar comu-

nitaria e intercultural, contando con el respaldo político, aunque con limitaciones de implementación (ANALUISA, 2016).

PARAGUAY

Paraguay es un país que cuenta con limitaciones de ingresos financieros, no existe prácticamente atención gratuita. Se destaca por un modelo manicomial fuertemente arraigado donde se ofrece atención a los usuarios con trastornos mentales. Si bien en Paraguay no existe una ley en Salud Mental, es positivo mencionar las políticas y planes que trabajan el tema. El país se ha incorporado a los acuerdos internacionales, las personas con discapacidad sufren de carencias en derechos humanos, por ejemplo: no tienen empleos, abandono, no inclusión a la educación, entre otros indicadores. Es en el 2011 que se aprueba una política Nacional en Salud Mental comprendiendo el tramo 2011-2020 centrada en la desmanicomialización basada en el respeto a la vida, a la diversidad, calidad en atención y a la prevención (AIRALDI, 2011). Estos principios deben abarcar a todos los usuarios de salud enfatizando la equidad y la justicia para todos (PARAGUAY, 2011).

BOLIVIA

Bolivia se caracteriza por ser un país pluricultural y multiétnico no tiene un sistema de salud mental y no cuenta con leyes particulares sobre el tema. Desde el análisis del tramo comprendido entre los años 1999-2000 se elaboró un plan de salud, que no se pudo concretar por falta de recursos y apoyo de los diferentes sectores sociales y políticos. Además no existen disposiciones legales para proteger de la discriminación a los usuarios. La legislación está indirectamente relacionada a la Salud mental y es a partir de 1995 que aparece la ley n. 1678 (15/11/1995) para las personas que padecen discapacidad. Pretendiendo de esta manera establecer las condiciones de equidad (BOLIVIA, 2008).

CHILE

Este país no cuenta con legislaciones específicas en salud mental, pero sí con leyes que han entrado en vigencia en los últimos años. Según un informe realizado por la OMS, Chile ha tenido avances en el sistema de salud a través de planes y leyes que se han ido implementando en forma paulatina contando con mayor accesibilidad y descentralización, no existiendo en el informe disposiciones hacia lo étnico-racial (WHO-AIMS, 2014).

Como leyes abordadas tenemos la ley n. 20.584 en la que se elaboran derechos y deberes que tienen los usuarios de salud en el ámbito tanto público como privado. En el artículo 7 de la misma ley se plantea la importancia de valorar la pertinencia cultural tanto para pueblos indígenas como originarios esto con mayor énfasis en lo público, a su vez el artículo 2 plasma que la atención debe ser oportuna y sin discriminación (CHILE, 2012).

Por otra parte, la ley 20.422 establece las normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad para que tengan igualdad de condiciones e inclusión social (CHILE, 2010). No existe alusión en esta ley sobre la importancia de la raza y/o la discapacidad.

PANAMÁ

Este país ubicado en el istmo centroamericano cuenta con población en transición continua, su mayor descendencia es indígena. En lo referente a políticas en salud mental en 2003 se elaboró un Plan Nacional de Salud Mental donde los servicios están regionalizados y se trabaja a nivel hospitalario (OPS-OMS, 2007).

En el período 2016-2017 se confeccionó un plan operativo en salud mental donde se valora la salud desde la integralidad contemplando la rehabilitación, promoción y asistencia (OPS-OMS, 2015). Cabe destacar que no se encuentran apartados o artículos que destaquen el componente racial.

GUATEMALA

Es un país pluricultural, multiétnico y multilingüe un 56,2% se encuentra en situación de pobreza. En 1984 se crea un Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, en el 2000 se crea el Plan Nacional de Salud Mental y es en 2006 que aparece un informe sobre el sistema de salud proporcionado por la OMS. Si hacemos un recorrido por el plan revisado en el período 2007-2015 en el artículo 66 se esboza la protección de los grupos étnicos, es el Estado quien debe velar por las diversas formas de vida, tradiciones y costumbres (MSP, 2007).

En todas estas legislaciones durante el período comprendido entre los años 2000 y 2017 se evidencian cambios en las políticas públicas, resaltando la importancia de la equidad, promoción y prevención como principios rectores a nivel internacional. En lo que respecta a lo étnico racial, se plantea la no discriminación en general. Se visualiza que en estas legislaciones se promueven notorios cambios de políticas públicas priorizando la equidad, la no discriminación, la inclusión y la prevención. A modo de ejemplo:

- a) la ley de salud mental de Perú (2013) modifica el artículo 11 de la anterior ley general de salud, remarcándose allí el derecho a no ser discriminado a nivel

general, sin aludir a los afrodescendientes;

b) la ley brasileña n° 10 216 especifica con claridad la no discriminación por raza o color; lo mismo sucede en el *Estatuto de la igualdad racial*, que amplía los derechos y las prácticas no discriminatorias en temas de salud vinculados a los afrobrasileños;

c) en Colombia, en cambio, se menciona someramente el derecho a no ser discriminado ni estigmatizado por el simple hecho de ser persona con trastorno mental;

d) en la República Dominicana, la ley promulgada en 2006 asegura que las disposiciones redactadas se aplicarán sin discriminación ninguna;

e) en Cuba, país vanguardista en temas de salud, se considera que la salud pública, y dentro de ella la salud mental, debe alcanzar a todos los ciudadanos por igual, sin distinción de raza o de procedencia social;

d) en Argentina se expone que las políticas públicas relacionadas a la salud mental han de favorecer a toda la población; además, se preserva de forma abarcativa la identidad, el grupo de pertenencia y su genealogía, y con ello su historia.

Cabe destacar que en países con poblaciones pluriétnicas aún perduran leyes y planes o programas que no consideran la etnia como componente fundamental, sino solamente la mencionan; como no discriminar por la genealogía, pero se carece de especificaciones claras sobre la etnia.

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

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

Desde el análisis documental, podemos decir que aún no se ven lineamientos claros en lo que respecta a la valoración e inclusión de las culturas. Si bien se incorporaron ítems como raza o etnia en las legislaciones y se hace alusión a la no discriminación por estos motivos, entre otros, no hay indicaciones específicas para la salud étnico/racial.

CONCLUSIONES

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

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

Si bien se pudo constatar que existe un cambio de visión como la incorporación del tema de la raza y de las diferentes culturas —en algunos países— queda aún un largo trecho por recorrer, por ejemplo, revalorizar costumbres y apostar al bienestar intercultural. Además, se podrían promover instancias de diálogo a nivel social que permitan la participación de la población en la elaboración, junto al Estado, de leyes que promulguen el bienestar integral de las personas como sujetos de derecho en lo que a sanidad refiere. Como evidencias relevantes en las leyes de salud mental a nivel continental, se visualizó que a partir del año 2000 en casi todas las legislaciones se incluye un artículo o inciso que plantea la importancia de no ser discriminados por la raza o por color de piel; de todas maneras, queda en ese leve enunciado el aporte y la referencia. De esta forma queda esbozada la idea de no discriminación pero sin considerar esta dimensión como específica y a destacar. Una excepción es el *Estatuto de igualdad racial* de Brasil, que contiene una serie de capítulos destinados a diferentes ámbitos, como la educación, lo laboral, los derechos, la cultura o la salud; además, en él se destaca (en el capítulo 1, dedicado al derecho a la salud en general) la importancia de la participación de diferentes actores en la elaboración de políticas públicas y en el mejoramiento de los cuidados sanitarios, así como también se plantea la relevancia de estar informado sobre temas de salud relacionados a los afrobrasileños.

Por otro lado, se observó que si bien existen leyes que contemplan el tema racial, no hay una articulación desde los fundamentos socioculturales sobre cómo atenuar y paliar la vulnerabilidad que, por ejemplo, los afrodescendientes han sufrido. Desde la historia de nuestro continente esta etnia padeció prácticas discriminatorias en todas las

áreas, desde el acceso a lo laboral hasta lo educativo, pasando por los prejuicios sociales que han sufrido y que aún perduran en el inconsciente colectivo y en sus prácticas. A su vez, cuando se habla de salud y, específicamente, de salud mental, se mantienen, entre otros, los prejuicios por la condición de raza.

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

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

En suma, si bien hay una apertura hacia la revisión de leyes, planes y programas sobre salud mental, aún no se visualiza la misma apertura al considerar a la etnia como un factor a proteger para reparar y prevenir problemas de salud mental ligados a la discriminación racial.

OLAZA LÓPEZ, M. E.; CABRERA SANGUINETTI, V. L. Mental health and ethnic-race legislation. *ORG & DEMO* (Marília), v. 19, n. 2, p. 85-108, Jul./Dez., 2018.

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

KEY WORDS: ethnic-racial, mental health, legislations, Latin America.

REFERENCIAS

- AIRALDI, M. Presente y futuro de los servicios de Salud Mental en Paraguay. **Revista Científica de Psicología**, n. 8, v. 2, 2011. Disponible en: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220.
- ALARCÓN, M.; VIDAL, H.; NEIRA ROZAS, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. **Revista Médica de Chile**, n. 131, v.9, p. 1061-1065, 2003. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.
- ARGENTINA. **Ley nacional de salud mental n° 26 657**, decreto reglamentario 603/2013). Poder Legislativo. Buenos Aires, 2013. Disponible en: fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf.
- ANALUISA, P. (2016). **Análisis del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 de Ecuador** en relación a los elementos propuestos para la elaboración de planes de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Universidad de San Francisco de Quito, 2016. USFQ. Colegio de posgrados. Disponible en: repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6012/1/129441.pdf
- ARIZA, J.; HERNÁNDEZ, M. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá/ 2007. **Revista de Salud Pública**, v. 10, n. 1, p. 58-71, 2008. Disponible en: www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a06.pdf
- ARNAIZ, A.; Uriarte, J. J. Estigma y enfermedad mental. **Norte de Salud Mental**, v. 26, p. 49-59, 2006. Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revist-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>.
- BLEDA, J. Determinantes sociales de la salud y la enfermedad. **Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales**, v. 7., 2005. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322127617008>.
- BRASIL. **Lei n. 10.216**, de 06 de abril de 2001. Reforma psiquiátrica e os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil. Brasília, DF. Poder Legislativo. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- BRASIL. **Lei n. 12.288**, de 20 de julio de 2010. Estatuto de la igualdad racial. Brasília, DF. Poder Legislativo. Disponible en: www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=es&p_isn=84542.
- CABELLA, W.; NATHAN, M.; TENENBAUM, M. **Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: la población afrouuguayaya en el censo 2011**. Montevideo: Trilce, 2013. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=1726c03f-aecd-4c78-b9bef2c27dafba1d&groupId=1018.
- CHILE. **Ley 20.422**, febrero de 2010. Discapacitados, Igualdad de oportunidades de Empleo. Educación inclusiva. Santiago do Chile.
- CHILE. **Ley 20.584**, abril de 2012. Derechos y Deberes de las personas en Atención de salud, acciones vinculadas a la atención en salud. Santiago do Chile. Poder Legislativo. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.
- COLOMBIA. **Ley n. 1616**, de 21 de enero de 2013. Ley de salud mental. Bogotá. Poder Legislativo. Disponible en: wsp.presidencia.gov.co/.../Leyes/.../2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20E.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA E EL CARIBE (CEPAL). **Equidad, desarrollo y ciudadanía**. Santiago de Chile, 2000. Disponible en: <repositorio.cepal.org/bitstream/11362/2686/2/S2006536_es.pdf>.

CUBA. Ministerio de Salud Pública. **IEMS-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en la República de Cuba**. Havana, 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/who_aims_country.../who_aims_report_cuba_es.pdf>.

DE LEÓN, N. (coord.). **Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental**. Montevideo: Psicolibros, 2013.

FANON, F. **Los condenados de la tierra**, 2. ed. México: FCE, 1969.

FRASER, N. Redistribución, reconocimiento y participación: hacia un concepto integrado de justicia. En: **Informe mundial sobre la cultura 2000-2001: diversidad cultural, conflicto y pluralismo** Madrid: Mundi-Prensa/Unesco, 2001. cap. 2. Disponible en: <<http://132.248.35.1/cultura/informe/informe%20mund2/capitulo2.htm>>.

GALLO, L. (2015). El proceso de reforma de la salud en el Uruguay. Pasado, presente y futuro. **Monitor Estratégico**, n. 7, p.38-43, 2015. Disponible en: <<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../proceso-reforma-salud-uruguay.pdf>>.

GARRETÓN, M. (2001). **Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina**. Santiago de Chile: CEPAL, 2001. Disponible en: <<http://repositorio.cepal.org/bitstream/11362/6012/1/so110833-es.pdf>>.

GINÉS, A.; PORCIÚNCULA, M.; ARDUINO, M. El plan de salud mental veinte años después: evolución, perspectiva y prioridades. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, v. 69, n. 2, p. 129-150, 2005. Disponible en: <http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf>.

HENARO, S. et al. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 34, n. 2, p. 184-192, 2016. Disponible en: <www.redalyc.org/pdf/120/12045638007.pdf>.

HOPENHAYN, M.; BELLO, A. (2001). **Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe**. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas, 2001. Disponible en: <<http://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/4/5534/xeno.pdf>>.

HURTADO, T.; ROSAS, R.; VALDÉS, A. Servicios en salud, discriminación y condición étnico-racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. **Ra Ximhai**, v. 9, n. 1, p. 135-151, 2013. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/pdf/461/46127074012.pdf>>.

JORCIN, G. (coord.) **El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: evaluación y revisión del financiamiento del sistema de salud uruguayo**. Montevideo, 2012. Disponible en: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view>.

LAMUS, D. Raza y etnia, sexo y género: el significado de la diferencia y el poder. **Reflexión Política**, v. 14, n. 27, p. 64-84, 2012. Disponible en: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=11023066006>.

MARGULIS, M. Cultura y discriminación social en la época de la globalización. **Nueva Sociedad**, n. 152, p. 37-52, 1997. Disponible en: <<http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10701663N152-5.pdf>>.

MEBARAK, M. et al. Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. **Psicología desde el Caribe**, n. 23, p. 83-112, 2009. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21311917006>>.

OLAZA, M. **Racismo y acciones afirmativas en Uruguay**. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, 2011. Disponible en: <<http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mónica%20Olaza.pdf>>.

OLAZA, M. **Rompecabezas: racismo a la uruguaya**. Relatos afrouruguay@s. Montevideo: Psicolibros, 2012.

OLAZA, M. Políticas Públicas y cultura política. Reflexiones posibles para des-naturalizar prejuicios, estereotipos y racismo. En: GRIMSON, A. (coord.). **Culturas Políticas y Políticas Culturales**. Red de Estudios y Políticas Culturales. Buenos Aires: Impresoras del Sur, 2014.

OLAZA, M. (2017 a) Afrodescendencia y restauración democrática en Uruguay: ¿una nueva visión de ciudadanía? **Cambios Sociales y Ciudadanía**, v. 30, n. 40, 2017a. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/9098/1/RCS_Olaza_2017n40.pdf

OLAZA, M. **Afrodescendientes en Uruguay: debates sobre políticas de acción afirmativas**. Montevideo: Doble Clic, 2017b.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. Buenos Aires, 2009. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Ginebra, 2013. Disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Informe sobre los sistemas de salud mental en Centroamérica y República Dominicana**. Ginebra, 2009. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/.../report_on_mental_health_systems_Spanish.pdf?ua=1.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Guatemala**. Ginebra, 2011. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/who_aims.../guatemala_who_aims_report_spanish.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Salud en las Américas**. Washington, 2012. Disponible en: www.paho.org/salud-en-las-americas-2012

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Sistema de salud mental de Chile**. Washington, 2014. Disponible en: www.who.int/mental_health/who_aims_country.../who_aims_report_chile.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Salud mental**. Montevideo, s.f. Disponible en: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=category&id...>.

PÉREZ, J. La necesaria reforma de los sistemas de salud en América Latina. **Gaceta Laboral**, v. 30, n. 1, p. 43-57, 2007. Disponible en: <www.redalyc.org/pdf/336/33613103.pdf>.

PERÚ. Ministerio de Salud del Perú. **Salud mental y derechos humanos:** supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Informe defensorial n. 140. Lima, 2008. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental.../16_informe_defensorial_140.pdf>

PERÚ. **Ley n. 29 889**, de 09 de abril de 2013. Reglamento de ley general de salud. Poder Legislativo. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM177_MINSA.pdf

PROGRAMAS DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). **Panorama general:** informe sobre el desarrollo humano de 2016. Desarrollo humano para todos. 2016. Disponible en: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf>.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: LANDER, E. (comp.). **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales:** perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: CLACSO, 2000. Disponible en: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/quijano.rtf>>.

RAMÍREZ, T. **Ciudadanía afrodescendiente.** Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social, 2012. Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/21225/1/librillo-09-pdf>

RANGEL, M. **Políticas públicas para los afrodescendientes.** Marco institucional en el Brasil, Colombia, el Ecuador y el Perú. Políticas sociales, 2016. Disponible en: <<http://www.cepal.org/.../publicaciones/40854-politicas-publicas-afrodescendientes-marco-in>>.

REPÚBLICA DOMINICANA. **Ley n. 12-06**, de 2006. Ley sobre salud mental. Poder Legislativo. Disponible en: <<http://docs.republica-dominicana.justia.com/nacionales/leyes/ley-12-06.pdf>>.

SCURO, L. (coord.). **Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay.** Montevideo: PNUD, 2008. Disponible en: <<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35456/Afrodescendientes.pdf/779de886&e409&45db&868d&d4bd5ff4e92a>>.

TOBÓN, F. La salud mental: una visión acerca de su atención integral. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 23, n. 1, 2005. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/pdf/120/12023113.pdf>>.

TORRES, C. La equidad en materia de salud vista con un enfoque étnico. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 10, n. 3, p. 188-201, 2001. Disponible en: <www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n3/6573.pdf>.

URUGUAY. Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. **Anteproyecto de ley de salud mental y derechos humanos de la República Oriental del Uruguay.** Montevideo, 2015. Recuperado de: <http://www.psyco.edu.uy/.../asamblea_instituyente_propuesta_anteproyecto_ley_de_salud_>.

URUGUAY. Dirección Nacional de Promoción Sociocultural y Ministerio de Desarrollo Social. **Afrodescendencia y equidad racial.** Montevideo, 2015. Disponible en: <<http://www.mides.gub.uy/.../file/.../plan-afrodescendencia-2015-2020-ddhh-dnpsc-mides.p>>.

URUGUAY. Dirección Nacional de Promoción Sociocultural y Ministerio de Desarrollo Social. **Quilombo 2016 «Racismo Institucional.** Montevideo, 2016. Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/62758/1/quilombo2016_documento_base.pdf>

URUGUAY. Ministerio de Educación y Cultura. **Plan nacional contra el racismo y la discriminación**. Montevideo, enero de 2011a. Disponible en: www.mec.gub.uy/innovaportal/file/.../1/dinforme_discriminacion_y_educacion.pdf

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. (2011b). **Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud**. Montevideo, 2011 b. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/programa/prestacionesen-salud-mental>.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Proyecto de ley sobre salud mental**. Montevideo, 2016. Disponible en: www.msp.gub.uy/programa/proyecto-de-ley-de-salud-menta.

URUGUAY. **Ley n. 18 335**, de 2008. Pacientes y usuarios de los servicios de salud. Montevideo. Poder Legislativo. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.335.pdf>.

URUGUAY. **Ley n. 19.529**, de 24 de ago. 2017. Ley de Salud Mental. Disponible en: www.msp.gub.uy/publicación/ley-nº-19529-salud-mental-normas

VERGARA, J.; GUNDERMANN, H. Tramas y laberintos: sociología e identidad cultural latinoamericana. **Atenea**, n. 506, p. 13-27, 2012. Universidad de Concepción (Chile). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/328/32825562002.pdf>.

ZIICCARDI, A. Las políticas y los programas sociales de la ciudad del siglo XXI. **Papeles de Población**, v. 14, n. 58, p.127-139, 2008. Universidad del Estado de México, Toluca (México). Disponible en: <http://docslide.net/Documents/>.

Submetido em: 11/03/2018

Aceito em: 25/10/2018

