



Foto: Karla Bautista Celestino. Atlacomulco, Edo Mex.

Sin salud mental no hay desarrollo

Mendoza-Velasquez, J. J.^{a}*

RESUMEN

En los últimos años, la salud mental ha emergido como un eje estratégico para el desarrollo sostenible, la equidad en salud y el cumplimiento de los derechos humanos. En este texto se analiza la intersección entre salud mental y política pública desde una perspectiva global y particularmente latinoamericana, enfatizando la necesidad de transitar hacia modelos integrados, comunitarios y centrados en las personas, en especial en países de ingreso medio y bajo como México. La transformación pendiente de los sistemas de salud, particularmente en relación con la integración de la atención a los consumos problemáticos de sustancias y la salud mental, exige superar múltiples barreras estructurales, políticas y económicas e integrar la salud mental en todas las políticas públicas. Este cambio requiere una verdadera revolución de derechos, donde la salud mental sea reconocida como condición fundamental para el desarrollo social, económico y democrático.

Palabras clave: Salud mental, políticas públicas de salud, atención en salud pública.

INTRODUCCIÓN

La salud mental ha sido reconocida como una prioridad global por su impacto en el bienestar, la cohesión social y la productividad económica. Organismos internacionales

^a Coordinación de Acción Comunitaria. Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR).

* jose.mendoza@imssbienestar.gob.mx



Foto: Ricardo Santos Cervantes. Hospital de la Niñez Poblana, Puebla.

como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han llamado a transformar los sistemas de atención para garantizar el acceso equitativo, la integración comunitaria y el respeto a los derechos humanos (1). En México, la creación de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar) ha colocado la salud mental como parte esencial de su modelo, fortaleciendo el primer nivel de atención como un espacio estratégico para la detección temprana, la intervención psicosocial y la participación comunitaria sin descuidar la atención articulada.

Marco global y derechos humanos

La OMS propuso en 2022 una transformación profunda de los sistemas de salud mental basada en derechos, equidad, acceso universal y enfoque de curso de vida (1). La Comisión de Salud Mental de *The Lancet* subrayó la urgencia de una “revolución de derechos” centrada en la voz de las personas usuarias, la desinstitucionalización progresiva y el fortalecimiento de la atención primaria (2).

Este nuevo paradigma implica superar el sistema asilar, sin eliminar la atención psiquiátrica especializada, para conformar redes de cuidados integrales

que incluyan soporte social, participación comunitaria y acompañamiento continuo a las personas con discapacidad psicosocial o en situación de vulnerabilidad a través de la participación intersectorial (3, 4).

Retos sociales, económicos y políticos

Las principales barreras para el acceso a la salud mental en países de ingresos medios como México son estructurales y se vinculan directamente con los determinantes sociales de la salud y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la OMS.

La pobreza, la desigualdad y la baja inversión pública obstaculizan el cumplimiento del ODS 3: Salud y bienestar, particularmente su meta 3.4, que busca reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental (5, 6). En México y en prácticamente toda América Latina, menos del 2 % del gasto total en salud se destina a salud mental, lo que refuerza la dependencia de modelos hospitalarios centralizados y urbanos, en contravención de los principios de equidad territorial y cobertura

universal establecidos también en los ODS 10 (Reducción de las desigualdades) y 11 (Ciudades y comunidades sostenibles) (7). La concentración geográfica de servicios en zonas urbanas y la falta de personal capacitado en regiones rurales e indígenas amplían las brechas de acceso, afectando sobre todo a mujeres, comunidades originarias y personas en pobreza extrema, en contravención de los ODS 1 (Fin de la pobreza) y 5 (Igualdad de género) (1, 8). La fragmentación institucional entre sistemas públicos, privados y sociales limita la continuidad de la atención, contraviniendo los principios del ODS 16 (Instituciones sólidas y justicia). A esto se suman el estigma, la falta de información y la escasa capacitación del personal sanitario, que perpetúan la desigualdad y obstaculizan la prevención.

Fortalecer la educación, la sensibilización pública y la cooperación intersectorial es clave para cumplir con los ODS 4 (Educación de calidad) y 17 (Alianzas para lograr los objetivos) (5, 7).

Aun cuando la *Ley General de Salud* mexicana de 2022 reconoce la salud mental como prioridad nacional, su implementación enfrenta retos políticos, financieros y administrativos. Para traducir este marco legal en resultados sostenibles se requiere inversión continua, fortalecimiento del primer nivel, redes comunitarias sólidas y sistemas de información interoperables (6, 7). Además, la integración de la salud mental exige esta visión no sólo en las políticas de salud, sino en las políticas económicas, educativas y laborales para responder al enfoque de la OMS de “Salud Mental en Todas las Políticas” (1).

Contexto latinoamericano y mexicano

Latinoamérica ha mostrado avances importantes en psiquiatría comunitaria y desinstitucionalización (9). Sin embargo, la persistente desigualdad social, la fragmentación institucional y la insuficiente inversión pública limitan la sostenibilidad de estos avances.

La experiencia regional demuestra que la atención comunitaria puede reducir hospitalizaciones, me-

jorar la reinserción social y fortalecer las redes de apoyo locales. En Brasil, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) integran salud, trabajo y educación, consolidando un sistema territorial de cuidados (10). En Chile, los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) lograron incorporar la salud mental al primer nivel con apoyo municipal. En Argentina, la *Ley Nacional de Salud Mental* (2010) consolidó la atención comunitaria y la perspectiva de derechos humanos (11).

En México, el modelo propuesto por la Secretaría de Salud y el IMSS Bienestar se basa en la territorialización, la atención primaria y la participación comunitaria (12,13). Este enfoque busca que el primer nivel sea capaz de prevenir, detectar y derivar oportunamente, mediante la capacitación del personal en salud mental a través del uso de la entrevista del *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental* de la OMS, el Mh GAP (14), y más recientemente la creación de Comités de Salud para el Bienestar (CoSABI) como mecanismos de avalúo y corresponsabilidad ciudadana (13).

Los servicios de salud pública del IMSS Bienestar se articulan en tres niveles, las unidades de primer contacto con detección e intervenciones breves, las unidades ambulatorias especializadas para atención de mediana complejidad, y los hospitales comunitarios y especializados integrados a las redes de salud.

Además, incorpora ejes transversales de vida, salud comunitaria y justicia social, con perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad, situando la salud mental y la salud de las mujeres como componentes esenciales del bienestar integral.

La consolidación de un modelo integral en el país podría no sólo asegurar el acceso a la salud mental sino una importante herramienta en la optimización de los servicios de salud.

Evaluación, impacto y vinculación intersectorial

Es necesario que IMSS Bienestar incluyan indica-

dores de cobertura de tamizaje, tiempos de referencia, satisfacción del usuario y pertinencia cultural, los cuales permiten monitorear la equidad y efectividad del sistema (13). No obstante, la evaluación debe complementarse con una arquitectura intersectorial que articule salud, educación, protección civil, desarrollo social, seguridad y justicia, reconociendo que los determinantes de la salud mental, tales como desempleo, violencia, discriminación o desplazamiento forzado trascienden el ámbito médico (3, 5).

Algunos ejemplos de esta vinculación incluyen la coordinación de los servicios de salud con programas federales como *La Clínica es Nuestra, Jóvenes Construyendo el Futuro y Sembrando Vida*, los cuales fortalecen infraestructura, inclusión laboral y bienestar rural impactando en los indicadores de salud y de desarrollo social. Estas acciones demuestran que la salud mental puede ser motor de desarrollo territorial, cohesión social y resiliencia.

Asimismo, promover que las estrategias de protección civil integren la prevención de riesgos psicosociales para anticipar crisis colectivas, desastres o violencias estructurales más que importante, es imperativo. En conjunto, este enfoque reconoce la salud mental como responsabilidad colectiva y estatal, exigiendo políticas públicas transversales y sostenidas.

CONCLUSIONES

La transformación del sistema de salud impulsada por el gobierno de México a través de IMSS Bienestar constituye una de las iniciativas más ambiciosas en materia de salud pública en América Latina. No debe considerarse sólo como una reforma técnica, sino que se trata de una revolución de derechos, que redefine el papel del Estado en la garantía del bienestar integral psicosocial como derecho humano y como base del desarrollo nacional.

Al incorporar un enfoque territorial, comunitario, de curso de vida, intercultural y con perspectiva de género, México tiene la oportunidad de construir el primer sistema nacional integral de salud, especialmente en salud mental y atención a los consumos



Foto: Ricardo Santos Cervantes. Hospital de la Niñez Poblana, Puebla.

nocivos de sustancias psicoactivas sustentado en evidencia, participación social y justicia distributiva. Su éxito dependerá de una evaluación rigurosa, la participación significativa de las comunidades, la coordinación intersectorial vinculante y el financiamiento público sostenible. México puede liderar esta transformación regional demostrando que sin salud mental no hay desarrollo, y que garantizarla es esencial para construir una sociedad justa, solidaria y democrática. Este modelo no parte de cero: retoma aprendizajes de la psiquiatría comunitaria, de las experiencias de desinstitucionalización y de los movimientos por los derechos de las personas



con discapacidad psicosocial. Pero lo lleva un paso más allá, al construir una red nacional que conjuga intervenciones clínicas, comunitarias, preventivas, sociales y educativas de manera articulada y sostenible. Para que este esfuerzo tenga éxito, es indispensable consolidar mecanismos robustos de evaluación continua, participación significativa de las comunidades, coordinación intersectorial vinculante y financiamiento público suficiente y sostenido. Asimismo, será fundamental documentar rigurosamente los avances, obstáculos y lecciones aprendidas, con el fin de facilitar su adaptación por otros países de ingreso medio. México tiene hoy la oportu-

tunidad histórica de liderar una revolución de derechos en salud mental en la región, demostrando que es posible construir un sistema de atención integral, justo, humano y efectivo, que coloque a las personas y sus contextos en el centro de toda política pública.

La salud mental, a diferencia de otros ámbitos de la salud, no puede ser abordada exclusivamente desde el sector sanitario porque sus causas, manifestaciones y consecuencias trascienden el campo médico. Los trastornos mentales no se originan únicamente por factores biológicos, sino por la interacción compleja de determinantes sociales, económicos, culturales, educativos, laborales y ambientales que configuran las condiciones de vida de las personas. Por ello, su cuidado exige una participación intersectorial efectiva, en la que todo el Estado y no sólo los servicios de salud asuman la responsabilidad de promover, prevenir y atender el bienestar psicosocial de la población.

Mientras que muchos problemas de salud pueden resolverse mediante intervenciones clínicas o biomédicas, la salud mental depende de estructuras y contextos más amplios: la seguridad económica, la vivienda digna, el empleo estable, la educación inclusiva, la justicia social, la protección contra la violencia y la cohesión comunitaria. Sin políticas públicas que garanticen estos derechos, cualquier esfuerzo sanitario resulta insuficiente o meramente paliativo. En consecuencia, la salud mental no puede reducirse a un problema médico, sino que debe entenderse como una responsabilidad de todo el gobierno y como una condición necesaria para el desarrollo social y humano.

El cuidado integral de la salud mental requiere la articulación de múltiples sectores: la educación, para fomentar la alfabetización emocional, la empatía y la detección temprana de problemas; el trabajo y la economía, para generar entornos laborales saludables y empleos dignos; la justicia y la seguridad, para prevenir violencias estructurales y garantizar el respeto a los derechos humanos; el desarrollo social y la vivienda, para reducir el estrés derivado de la pobreza o la exclusión; y la cultura y la comunica-

ción, para combatir el estigma y fortalecer el sentido de pertenencia e identidad colectiva.

Esta interdependencia convierte a la salud mental en un bien público transversal que únicamente puede garantizarse mediante una gobernanza integral, capaz de coordinar políticas entre sectores y niveles de gobierno. En este sentido, más que “atender enfermedades”, se trata de construir bienestar psicosocial, fortalecer comunidades y generar entornos protectores. La salud mental no es sólo un componente del sistema de salud, sino un eje estructural del desarrollo, la democracia y la cohesión social. Por ello, todo el gobierno debe participar activamente en su cuidado, reconociendo que sin salud mental no hay desarrollo, ni justicia, ni futuro posible.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022.
2. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. Lancet. 2018;392(10157):1553–98.
3. Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. *Ment Health Fam Med*. 2011;8(2):87–96.
4. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370(9590):878–89.
5. Minoletti A, Galea S, Susser E. Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public Health Rev*. 2012;34(2):13.
6. Organización Panamericana de la Salud. Inversión en salud mental en las Américas: Panorama y desafíos. Washington, D.C.: OPS; 2022.
7. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU; 2015.
8. World Health Organization. *Mental Health Atlas* 2021. Geneva: WHO; 2021.
9. Ruelas-González MG, Infante-Xibillé C, Ruiz-Matus C, Pelcastre-Villafuerte B. Mental health care in Mexico: Towards a community mental health model. *Int J Ment Health Syst*. 2021; 15:15.
10. Amarante P, Nunes M. Reforma Psiquiátrica y Atención Psicosocial en Brasil: avances y desafíos. *Rev Ciéncia & Saúde Coletiva*. 2018;23(3):723–32.
11. González L, Cohen H, Etcheverry L. Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina: logros y desafíos. *Salud Colectiva*. 2021;17: e3217.
12. Nigenda G, Servan-Mori E, González-Block MA, Gómez-Dantés O, Ruiz-Larios JA. Institutional and organizational transformation for mental health in Mexico: The role of the Ministry of Health. *Health Policy OPEN*. 2022; 3:100050.
13. Secretaría de Salud / IMSS-BIENESTAR. Modelo de Atención Integral para la Salud Mental y las Adicciones. Ciudad de México: SSA; 2023.
14. World Health Organization. Mh GAP Implementation Guide: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries. Geneva: WHO; 2019.