

CUADERNOS #HablemosDeSalud

LA SALUD MENTAL: UNA PRIORIDAD EN MÉXICO | 2019

Propuestas para un mejor sistema de salud en México



CUADERNOS #HablemosDeSalud

LA SALUD MENTAL: UNA PRIORIDAD PARA MÉXICO | 2019



FUNSALUD
Fundación Mexicana para la Salud A.C.

Facultad de Medicina





ÍNDICE

Mensaje del Consejo Directivo de FUNSAUD	Pág.5
Introducción	Pág.8
Semblanza de los moderadores	Pág.12
Salud Mental en atención primaria	Pág.16
Discusión	Pág.22
Estrategias de Atención Mental	Pág.24
Discusión	Pág.30
Sexenio de Salud Mental	Pág.32
Discusión	Pág.40
Conclusiones	Pág.42

MENSAJE DEL CONSEJO DIRECTIVO DE FUNSAUD

A lo largo de los años FUNSAUD se ha caracterizado por realizar propuestas de política pública basadas en sólidas evidencias científicas bajo un marco de respeto mutuo y colaboración con el Gobierno Federal, particularmente con la Secretaría de Salud.

Si bien, reconocemos que hemos tenido avances significativos en los últimos años, sabemos que debemos acelerar la incorporación de nuevas ideas y modelos que nos lleven a cerrar la brecha de acceso a la salud, es por ello que surge #HablemosDeSalud.

#HablemosDeSalud comenzó en junio de 2018 a través de un evento realizado en el Club de Industriales, en donde se discutieron los programas en materia de salud de los candidatos a la Presidencia de la República. A lo largo del mismo, participaron voces del sector académico y privado en torno a la agenda nacional en salud.

Posteriormente, se efectuó una selección de los temas más relevantes dando lugar a la segunda etapa que consistió en convocar a todos los sectores de la sociedad para la generación de propuestas que coadyuven a reducir la brecha entre el acceso y la demanda de los servicios de salud en México.

La publicación de los Cuadernos #HablemosDeSalud culmina esta segunda etapa abordando diez áreas estratégicas del Sistema de Salud a través de propuestas innovadoras que contribuyen a definir prioridades en las áreas de prevención y atención a la salud.

Es importante resaltar la alianza establecida con la Facultad de Medicina de la UNAM, que permitió generar una mejor calidad de las propuestas y una amplia convocatoria pocas veces vista en este tipo de iniciativas.

La Fundación Mexicana para la Salud agradece a todos los participantes de esta iniciativa sus valiosas aportaciones y estamos convencidos de que a través del trabajo conjunto lograremos mejorar la salud de los mexicanos.



**LIC. PABLO
ESCANDÓN CUSSI**

Presidente del Consejo Directivo
Periodo 2014 - 2018



ING. ERIC HÁGSATER

Presidente del Consejo Directivo
Periodo 2019 - 2021

INTRODUCCIÓN

Hace 75 años se crearon dos grandes instituciones del Estado mexicano, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, los dos pilares del Sistema Nacional de Salud que otorgan atención y cobertura médica a más de un millón de mexicanos al día. Desde su origen, este sistema se encuentra fragmentado y segmentado, provocando problemas serios de coordinación, competitividad, presupuesto y duplicación de servicios, con resultados variables en calidad y extensión.

Adicionalmente la transición demográfica y epidemiológica por la que transita nuestro país, plantea nuevos retos en materia de salud entre los que destacan el acceso a la atención médica y medicamentos y el uso de nuevas tecnologías y dispositivos médicos.

En el mundo industrializado, el esquema de atención médica está transformándose de un patrón curativo hacia un modelo preventivo que se conoce como el modelo de las 4P's y consiste en una medicina más predictiva, preventiva, personalizada y participativa.

Para encontrar respuestas a estos nuevos paradigmas en el cuidado de la salud, la Fundación Mexicana para la Salud y la Facultad de Medicina de la UNAM crearon la iniciativa #HablemosDeSalud. Este esfuerzo se basa en la participación de todos los actores sociales en torno a la salud, con el objetivo de generar propuestas que permitan afrontar satisfactoriamente los retos que México enfrenta en materia de salud.

Para ello, a finales de 2018 se publicó una convocatoria abierta a todos los sectores incluidas universidades, centros de investigación, instituciones de salud del sector público, hospitales, organizaciones de pacientes y el sector privado.

Se recibieron un total de 102 propuestas que se clasificaron en diez categorías: (1) *Salud visual: retos y fracasos*; (2) *Participaciones público privadas ¿Sí? ¿Cómo?*; (3) *Envejecimiento saludable*; (4) *Pasos hacia un sistema de salud unificado*; (5) *La salud materna en México*; (6) *Propuestas para el fortalecimiento de la atención primaria*; (7) *Presente y futuro de las tecnologías de la información en la salud*; (8) *Programas de nutrición: éxitos y fracasos*; (9) *Asegurando la vacunación en México*; y (10) *La salud mental: una prioridad para México*. Se integró un grupo de 29 expertos y líderes de opinión en cada categoría quienes evaluaron las propuestas en función de su pertinencia y viabilidad en el sistema de salud de México.

Bajo el formato de un foro de discusión realizado del 18 al 21 de febrero de 2019 en el Auditorio Dr. Alberto Guevara Rojas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM en el campus de Ciudad Universitaria, se presentaron las propuestas seleccionadas ante actores de la nueva administración, tomadores de decisiones del sector salud e integrantes de la comunidad académica y científica. El presente cuaderno, reúne las propuestas expuestas durante el foro #HablemosDeSalud, así como los aspectos más importantes derivados de su análisis y discusión.

**LIC. HÉCTOR
VALLE MESTO**

Presidente Ejecutivo, Fundación Mexicana para la Salud

**DR. GERMÁN
FAJARDO DOLCI**

Director de la Facultad de Medicina de la UNAM

Semblanza de los moderadores

#HablemosDeSalud | 2019



DR. JESÚS CASTAÑEDA GONZÁLEZ

Es director del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM) con especialidad en psiquiatría. Cuenta con una maestría en administración pública, una certificación de posgrado en genética y neurobiología y un diplomado en psicogeriatría clínica. Es profesor de psiquiatría y psicopatología en la Universidad Anáhuac y en el Instituto Politécnico Nacional (IPN).

Ha participado en más de 100 eventos a nivel nacional e internacional sobre psiquiatría, psicogeriatría, administración pública, servicios de salud, psicofarmacología y bioética. Colaboró en la edición de un libro y cuenta con más de 28 artículos publicados. Editó la revista *Psiquis* del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Es miembro activo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, Asociación Mexicana de Hospitales, Academia de Ciencias del Instituto Mexicano de Cultura, entre muchas otras.



DR. EDUARDO ÁNGEL MADRIGAL DE LEÓN

Es Director General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Estudio medicina en la Universidad de Guadalajara. Realizó la especialidad en psiquiatría y la maestría en psicoterapia médica en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Tiene una amplia actividad docente en diversas instituciones educativas. Ha publicado en más de 36 artículos y participó como autor y coautor en 28 libros. Es editor y asesor de revistas médicas.

Fue Subdirector de Calidad y Desarrollo Institucional del Instituto Jalisciense de Salud Mental de 2007 a 2013. Jefe del departamento de clínicas médicas del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara y Director General de Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud. Ha participado en 180 foros nacionales e internacionales. Es miembro honorario de la Asociación Mundial de Psiquiatría, *Fellow International* de la *American Psychiatric Association* y Director del Consejo Mexicano de Psiquiatría desde 1992.



DR. CARLOS CAMPILLO SERRANO

Médico psiquiatra por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuenta con amplia experiencia clínica en tratamiento de trastornos mentales, alteraciones neuropsiquiátricas, desórdenes psicosomáticos, problemas de adicciones y condiciones psicológicas en adultos, adolescentes y personas de la tercera edad. Ha publicado 157 trabajos de investigación científica y 14 de difusión.

Cuenta con estudios en epidemiología psiquiátrica en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres y una Maestría en psiquiatría social por la UNAM. Se desempeñó como responsable del servicio de psiquiatría del Hospital Español y como Director del Servicio de Psiquiatría de Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) “Dr. Velasco Suárez”, entre otros cargos.

Como profesor da clases de psicología médica y psiquiatría en la UNAM, Hospital Español, Instituto Nacional de Neurología y en el Instituto de Neurología y Neurocirugía (INNN) y el Hospital Fray Bernardino Álvarez.

Pertenece a más de una docena de agrupaciones profesionales nacionales y extranjeras. Estuvo como asesor de la Organización Mundial de la Salud. Fue reconocido con el premio Ramón de la Fuente por el Consejo de Salubridad General.

SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

“Integración de servicios de salud mental al nivel primario de atención: una propuesta basada en un modelo escalonado de atención implementado en áreas rurales de Chiapas”

Los trastornos neuropsiquiátricos representan un 14% de la carga mundial de la enfermedad y corresponden a un cuarto de los AVPD (años de vida perdidos por discapacidad o DALYs, por sus siglas en inglés), según estimaciones del año 2012. También representan un tercio de los AVPD que se atribuyen a enfermedades no transmisibles y constituyen la mayor parte de los trastornos mentales.

Desde el año 2007 se demostró que los efectos de las enfermedades mentales son devastadores en otros ámbitos de la salud: el Trastorno Depresivo Mayor es un factor de riesgo para infartos al miocardio debido a que genera poca adherencia al tratamiento; a la exposición de infecciones por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), también la depresión durante el embarazo interfiere con el desarrollo psicológico de los infantes y se correlaciona con desnutrición infantil (Prince, 2007).

Existen grupos considerados vulnerables estructuralmente para padecer trastornos mentales; es decir, grupos de personas que son expuestas a situaciones de salud desfavorable debido a su interacción con las jerarquías normativas, culturales, políticas sociales y económicas (Bourgois, 2017). En muchos países, sin importar los niveles de ingreso, los miembros de las comunidades marginadas tienen más probabilidades de sufrir un trastorno mental y menos probabilidades de tener acceso a los servicios (Saxena et al, 2007) así como mujeres, migrantes y poblaciones indígenas.

A pesar de este panorama, la salud mental continúa siendo un tema rezagado a nivel mundial e inclusive, no figura en la agenda política de algunas naciones (Sachs, 2007). Además, existe un bajo acceso a estos servicios por la escasez de especialistas y su centralización en áreas urbanas. Si bien casi uno de cada 10 personas en todo el mundo tiene un trastorno de salud mental, sólo el 1% de la fuerza laboral de salud, son proveedores de atención de salud mental (WHO, 2014).

En el contexto mexicano, la tasa de psiquiatras por población es de 0.67 por cada 100 mil habitantes (WHO, 2014), cifra menor a lo recomendado por la OMS. Se cuenta con 46 hospitales psiquiátricos, 13 unidades psiquiátricas en hospitales generales y 11 centros de atención residencial en todo México (WHO, 2014), a pesar de esta relativa insuficiencia de recursos, los trastornos neuropsiquiátricos representan la quinta carga más grande de enfermedades en el país (Medina-Mora et al, 2003).

La atención de estas enfermedades se prioriza en el tercer nivel de salud y también la institucionalización de servicios, que del total del presupuesto etiquetado para el sector, sólo el 2% se destina a la atención de la Salud Mental y de éste, 80% se destina a hospitales, lo que profundiza la brecha en nivel primario (OMS, SSA, OPS, 2011).

El modelo actual de atención depende de profesionales de la salud mental y no es sostenible para países de bajos a medianos ingresos. Por ello se propone un cambio hacia un modelo

de atención colaborativo, donde el especialista supervise en el tercer nivel la capacitación, supervisión y operaciones. En el primer nivel se otorgue la atención directa por trabajadores comunitarios de la salud (TCS) o proveedores de atención primaria (PAP) que reciben capacitación específica y supervisión en salud mental (Acharya et al, 2017).

En 2013, sólo el 30% de las instalaciones de atención primaria en México tenían protocolos para tratar los trastornos mentales y menos del 15% de los trabajadores de salud en el entorno de atención primaria, recibieron capacitación en temas de salud mental (Berenzon et al, 2013).

Con el propósito de reducir esta brecha en el país, algunas instituciones de prestigio como la Universidad Nacional Autónoma de México, gestionan la introducción de las guías mhGAP en asignaturas de pregrado. Este instrumento fue lanzado en 2008 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés).

El modelo de atención a la salud mental de 'Compañeros en Salud', en áreas rurales de Chiapas documentó que en el estado las enfermedades mentales representan el 17% de los AVPD y 38% de los años perdidos por discapacidad (Vigo, 2016). Hay poca información de la prevalencia de trastornos de salud mental en la entidad. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) estima un 18.3% de riesgo de depresión con sólo el 0.3% de los pacientes de atención primaria. La prevalencia estimada de esquizofrenia a nivel nacional es de uno por cada 100 habitantes.

Compañeros en Salud (CES) es la filial mexicana de la organización internacional sin fines de lucro *Partners in Health*. Desde 2012 ha estado trabajando en comunidades marginadas de la Sierra Madre de Chiapas y la región de la Frailesca en coordinación con la Secretaría de Salud (SSA) y el IMSS-Prospera con el propósito de brindar una atención médica de alta calidad aprovechando el sistema de salud público para satisfacer necesidades críticas.

A través de la participación de pasantes de medicina y de enfermería y obstetricia (MPSS y LEO, respectivamente), CES logró resultados clínicos sobresalientes. Desde 2015 CES opera en conjunto con la SSA y el IMSS-Prospera diez clínicas de atención primaria y una Casa Materna, anexa al Hospital Básico Comunitario de Ángel Albino Corzo. El hospital y las clínicas benefician directamente a 142 comunidades y durante 2017 se proveyeron más de 28 mil 800 consultas médicas individuales.

En febrero de 2014, CES lanzó el Programa de Salud Mental, formado por un médico general como Coordinador con uno o dos voluntarios interesados. El resultado fue la liberación de sus cadenas a 5 pacientes con su re-integración a la familia y comunidad. En el año 2017 se atendieron a 700 pacientes. Existen 258 casos con depresión y 42 casos con psicosis crónica con seguimiento.

La propuesta basada en modelo de CES contempla un modelo colaborativo y escalonado con varios niveles de intervención, uso de herramientas clínicas validadas para el tamizaje, diagnóstico y seguimiento de pacientes. Fomenta la rotación de especialistas en unidades de atención primaria en sitios urbanos y rurales. Intercambio de tareas entre personal. Capacitación y sensibilización prematura en salud mental. Supervisores clínicos. Certificación de personal de salud por capacitaciones en salud mental y unificación de criterios de referencia.

El paradigma de la institucionalización de los servicios de salud mental debe cambiar a uno en el que los servicios tengan sus raíces en el nivel de atención primaria. El fortalecimiento de intervenciones comunitarias, bajo un marco de justicia social y de equidad, es para que los individuos que viven con estas enfermedades lleguen al máximo de su potencial humano y social.

REFERENCIAS

1. Acharya B, Ekstrand M, Rimal P et al 2017, 'Collaborative Care for Mental Health in Low and Middle-Income Countries: A WHO Health Systems Framework Assessment of three Programs', Global Mental Health Reforms, doi: 10.1176/appi.ps.201700232).
2. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G et al. *Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study* Journal of Clinical Psychology 2017; Vol. 0(0), 1-15.

3. Becker A, Kleinman A 2013, 'Mental Health and the Global Agenda', New England Journal of Medicine, vol.369, no. 1, pp. 66-73, DOI: 10.1056/NEJMr1110827.
4. Belkin G, Unützer J, Kessler R et al 2011, '5x5. Implementation of Community Mental Health Care in Low-Income Regions', Psychiatric Services, vol. 62, no.12.
5. Berenzon S, Saavedra N, Medina-Mora ME, Basauri V, Galván J 2013, 'Evaluation of the mental health system in Mexico: where is it headed?' Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 33, pp. 252-258.
6. Bourgeois P, Holmes SM, Sue K et al 2017, 'Structural Vulnerability: Operationalizing the concept to address health disparities in clinical care', Journal of Academic Medicine, vol. 93, no. 3, pp. 1-11, doi: 10.1097/ACM.0000000000001294.
7. Chibanda, D, Weiss, HA, Verhey, R, Simms, V, Munjoma, R, Rusakaniko, S, Chingono, A, Munetsi, E, Bere, T, Manda, E, Abas, M & Araya, R 2016, 'Effect of a Primary Care-Based Psychological Intervention on Symptoms of Common Mental Disorders in Zimbabwe. A Randomized Clinical Trial', JAMA, vol. 316, no.24, pp. 2618-2626, doi:10.1001/jama.2016.19102.
8. Gaceta. Facultad de Medicina 2018, 'Buscan introducirla guía de intervención mhGAP en asignaturas' último acceso 10/Nov/2018: <http://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2018/05/04/buscan-introducir-la-guia-de-intervencion-mhgap-en-asignaturas/>
9. Heinze, et al. 2016, 'Los especialistas en salud mental en México: año 2016' Salud mental, Vol 39, no.2, pp. 69-76.
10. Hoefft, TJ, Fortney, JC, Patel, V & Unützer, J 2017, 'Task-Sharing Approaches to Improve Mental Health Care in Rural and Other Low-Resource Settings: A Systematic Review', The Journal of Rural Health, vol. 34, pp. 48-62, doi:10.1111/jrh.12229.
11. Jenkins R, Othieno C, Okeyo S, Kaseje D, Aruja J, Oyugi H, Bassett P, Kauye F, 2013, 'Short structured general mental health in service training programme in Kenya improves patient health and social outcomes but not detection of mental health problems - a pragmatic cluster randomised controlled trial'. International Journal of Mental Health Systems.
12. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, Saxena S, Scheffler RM 2011, 'Human resources for mental health care: current situation and strategies for action' The Lancet, vol. 378, no. 9803, pp. 1654-63.
13. Kohrt, et al, 2015, 'Therapist competence in global mental health: Development of the Enhancing Assessment of Common Therapeutic factor (ENACTY) rating scale', Behaviour Research and Therapy, Vol 69, pp-11-21 doi: 10.1016/j.brat.2015.03.009.
14. Martínez W, Galván J, Saavedra N, Berenzon S 2017, 'Barriers to integrating mental health services in community-based primary care settings in Mexico City: a qualitative analysis', Psychiatric Services, vol. 68, no. 5, pp. 497-502.
15. Medina E, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar S 2003, 'Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México' Salud Mental, vol. 26, no.4, pp. 1-16.
16. Nigenda G, Alcalde J, González-Robledo L et al, 2016, 'Eficiencia de los recursos humanos en salud: una aproximación a su análisis en México', Salud Pública en México, vol 58, no. 5, doi: doi.org/10.21149/spm.v58i5.8243.
17. Organización Mundial de la Salud, Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud 2011, 'Informe sobre sistema de salud mental en México', descargado el 12/noviembre/2018.
18. Padmanathan, P & De Silva, MJ, 2013, 'The acceptability and feasibility of task-sharing for mental healthcare in low and middle income countries: A systematic review', Social Science and Medicine, vol.97, pp.82-86, doi: 10.1016/j.socscimed.2013.08.004.
19. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, De Silva MJ, Bhat B, Araya R, King M, Simon G, Verdelli H, Kirkwood BR, 2010, 'Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial', The Lancet, vol. 76.
20. Prince, M, Patel, V, Saxena, S, Maj, M, Maselko, J, Philips, MR & Rahman, A 2007, 'No health without mental health', The Lancet, vol. 370, no. 9590, pp. 859-877, doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0.
21. Rahman, A, Malik, A, Sikander, S, Roberts, C & Creed, F 2008, 'Cognitive behavior therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomized controlled trial', The Lancet, vol. 372, no. 9642, pp.902-909, doi: 10.1016/S0140-6736(08)61400-2.
22. Sachs SE, Sachs JD 2007, 'Mental health in the millennium development goals: not ignored'. PLoS Medicine, vol. no. 56.
23. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H 2007, 'Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency' The Lancet, vol 33, no. 4, p 252.
24. World Health Organization 2008, 'Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines', WHO-PEPFAR-UN AIDS, Geneva, downloaded 20 March 2018, <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf?ua=1>.
25. World Health Organization, 2014a. 'Mental Health Atlas Country Profile: Mexico'. Downloaded on November 3rd, 2018.
26. World Health Organization, 2014b, 'mhGAP Intervention Guide - 2.0: for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings'. Downloaded on September 2018.
27. World Health Organization, 2014c, 'Global Health Observatory data repository. Human resources Data by country', Downloaded on November 15, 2018, from <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>.
28. World Health Organization 2017, 'mhGAP training Manuals for the mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings - version 2.0 (for field testing)', WHO, Geneva, downloaded October 30th, 2018.
28. Van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GN, Meera SM, Pian J, Chandrashekar S, Patel V. 'Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries'. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11. Art. No.: CD009149. DOI: 10.1002/14651858.CD009149.pub2.
29. Vigo, D 2016, 'Report on disease burden of mental illness across Partners In Health sites', PIH, Boston, US.



**Compañeros
En Salud**

COMPAÑEROS EN SALUD (CES)

Compañeros en Salud (CES) es la filial mexicana de la organización internacional Partners in Health. Desde 2011 trabaja en comunidades marginadas de las regiones Sierra Madre y Frailesca en Chiapas, en conjunto con la Secretaría de Salud e IMSS-Prospera. CES lleva a cabo atención integral en cuidados primarios, facilita suministro de medicamentos y complementa la atención médica con programas comunitarios.



DRA. FÁTIMA RODRÍGUEZ CUEVAS

Coordinadora de Compañeros En Salud, filial de Partners In Health que opera en la zona sierra de Chiapas. Es egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es maestrante en ciencias políticas de salud global en London School of Hygiene and Tropical Medicine, y es becaria de la iniciativa HEAL Fellowship.



**Compañeros
En Salud**

Discusión

“Integración de servicios de salud mental al nivel primario y atención. Una propuesta basada en un modelo escalonado de atención implementado en áreas rurales de Chiapas”

En esta categoría de “Salud mental: una prioridad para México, los médicos especialistas; Carlos Jesús Castañeda González, Eduardo Ángel Madrigal de León y Carlos Campillo Serrano, hicieron un balance sobre las propuestas presentadas en el foro “#HablemosDeSalud”.

El proyecto, “Integración de servicios de salud mental al nivel primario y atención. Una propuesta basada en un modelo escalonado de atención implementado en áreas rurales de Chiapas”, de la Dra. Fátima Gabriela Rodríguez Cuevas, de Compañeros en Salud, se centró en aumentar el acceso a los servicios de salud mental, basándose en dos estrategias; la primera en la integración de la atención primaria, y la segunda, en un enfoque de contenido comunitario.

Se señaló en la exposición de tal iniciativa, que aunque los recursos destinados a salud mental no son suficientes, y que el personal especializado se encuentra centralizado, además de existir una carga de la enfermedad en el sector salud, se podrían aprovechar los recursos humanos disponibles en las clínicas de las zonas rurales para de esta manera, resolver algunas deficiencias.

Las estrategias propuestas consisten en aprovechar los recursos humanos de las clínicas primarias, como médicos, enfermeras y auxiliares de salud. Con una capacitación y supervisión continua, se podrían adquirir las competencias para hacer frente a problemas como tamizaje, identificación de riesgo, evaluaciones y referencias en caso necesario. Existe una amplia evidencia de que personas no especialistas en salud mental, por ejemplo las trabajadoras comunitarias, pueden ser capacitadas para dar estos servicios, explicó Rodríguez Cuevas.

Por su parte, el doctor Carlos Jesús Castañeda González, expresó que aunque es buena iniciativa utilizar no solamente médicos especializados,

sino capacitar a personas mediante personal de alto nivel en estas zonas alejadas de las grandes ciudades. “Ojalá esto pudiera repetirse en algunas áreas parecidas a Chiapas. El territorio mexicano es bastante amplio y hay lugares muy alejados donde no hay profesionales”, señaló el psiquiatra Catañeda González.

En tanto, el médico Eduardo Ángel Madrigal de León, calificó como extraordinaria la propuesta porque tocó muchos aspectos, que desde hace muchos años se venían planteando desde diferentes ámbitos. En torno a cómo construir un sistema escalonado de atención a la Salud Mental en este país, cuestionó también a la participante Rodríguez Cuevas, sobre el contexto en el que trabajan con su proyecto y la procedencia del apoyo.

La Dra. Rodríguez Cuevas, titular de la iniciativa respondió al moderador Madrigal de León, que en la zona de Chiapas rural, llevan trabajando 8 años en las comunidades marginadas de la sierra frailesca. El Programa de Salud Mental inició hace cuatro años como parte de la iniciativa de la asociación civil, Compañeros en Salud, filial de una organización internacional llamada Partners in Health.

Asimismo, comentó que el proyecto busca fortalecer las estrategias a nivel de atención primaria y en ese sentido, cuentan con varios eventos enfocados en Salud Mental. Señaló que ante la gran carga que representa la enfermedad y falta de personal especializado o capacitado, buscan ayudar a las comunidades que no cuentan con psiquiatras o psicólogos, los cuales dijo, se encuentran centralizados en las ciudades.

En suma, para Rodríguez Cuevas las actividades realizadas con esta iniciativa tienen como pilar fundamental, la capacitación de

los recursos humanos que aplica también con médicos pasantes de servicio social y con trabajo colaborativo en coordinación con la secretaría de Salud. Compañeros en Salud tiene presencia en 10 clínicas de atención primaria, que están adscritas a la misma autoridad sanitaria, explicó la representante de la asociación.

Por otro lado, comentó que esta capacitación se extiende a intervenciones psicosociales básicas, como ejercicios de relajación, terapias de intervención breve hasta estrategias básicas de terapia cognitivo-conductual. La formación técnica incluye a enfermeras, pasantes de enfermería y obstetricia y trabajadoras comunitarias, para identificar signos tempranos de depresión, ansiedad, casos de esquizofrenia y psicosis crónica. Las trabajadoras comunitarias, se convierten en pieza clave para la detección de casos.

“Actualmente son 94 trabajadoras comunitarias, se les capacita para que identifiquen los signos tempranos de depresión y ansiedad; ellas nos han ayudado a encontrar casos de personas con esquizofrenia y psicosis crónica. Tuvimos 5 casos de personas encadenadas que liberamos. La familia ya había navegado todo el sistema de salud sin respuesta”, puntualizó la titular del proyecto.

En opinión del doctor Carlos Campillo Serrano, la propuesta fue *“muy interesante porque es un trabajo hecho en una comunidad pequeña y en un estado”*. Aclaró además, la importancia de diferenciar la salud mental en los distintos estados del país. Cuando se habla de salud mental se hacen políticas generales, no se realiza alguna diferenciación, *“como si México fuera igual en todos lados, y no es así. La salud mental en Nuevo León, no es igual que en Chiapas. El trabajo que ustedes realizaron, lo veo realmente, muy innovador”*, explicó el psiquiatra moderador.

Destacó también el uso de recursos económicos que se requieren al igual que la conexión que se debería tener con las autoridades, ya que consideró importante la coordinación para realizar este trabajo, que es fundamental para seguir identificando los casos que se encuentren en la comunidad.

Antes de finalizar su participación, el doctor Carlos Campillo Serrano, sugirió que dicho proyecto podría enmarcarse en un contexto más académico, de evaluación e indicadores importantes, para conocer el impacto de esta iniciativa, *“porque yo creo que si ustedes lo gran una buena publicación, con datos duros, con indicadores bien puestos, va a ser una muy buena experiencia para el tema de la Salud Mental”*, concluyó el panelista de esta mesa de análisis.

En el cierre del debate, la Dra. Fátima Gabriela Rodríguez Cuevas, agregó la importancia de incluir la salud mental desde una etapa temprana en la formación de los médicos, de las enfermeras y trabajadores sociales, y en este sentido, comentó que en la Facultad de Medicina, en el Departamento de Salud Mental, se tiene un piloto de inclusión de las Guías de la Organización Mundial de la Salud, mhGAP, utilizadas para dar atención de Salud Mental en zonas de escasos recursos económicos.

Enfatizó en seguir impulsando la colaboración entre instituciones sanitarias y universidades, así como la capacitación de personal desde la base hasta la especialidad, finalizó su participación la representante de Compañeros en Salud.

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN MENTAL

“Consideraciones clave para lograr una estrategia de atención a la salud mental sustentable”

La salud mental es esencial para la salud en general. Los avances en la ciencia, la tecnología y la innovación mejoran la calidad de vida de muchas personas, sin embargo éstos no llegan a toda la población. El rezago en la atención continúa sin respeto a los derechos humanos de todas las personas que enferman. En todo el mundo, -y México no es la excepción-, la frecuencia de los trastornos mentales, se ha ido incrementado.

La depresión ocupa ya el segundo lugar en la carga de enfermedad medida por días vividos sin salud. Del mismo modo, este tipo de trastornos están en el primer lugar de los años vividos con discapacidad, con el 18.98% del total. El abuso de alcohol, las demencias y la violencia se encuentran en los primeros 10 lugares. Ha aumentado el número de personas que tienen muerte prematura asociada a violencia, sobre todo en los jóvenes de 10 a 24 años, ya sea por lesiones hetero infligidas (37.3%) o por suicidio (7.17%)¹.

Los niños y jóvenes están más expuestos a sucesos traumáticos, al ser víctimas directos de la violencia o testigos de acciones violentas. Estas experiencias incrementan la probabilidad de presentar una enfermedad mental, y si ésta no es tratada, se aumenta el riesgo de deserción escolar, victimización, abuso de drogas, y de asumir conductas violentas replicando el ciclo. El envejecimiento de la población, la depresión y la demencia, forman parte de este proceso.

Los trastornos mentales son afectados por enfermedades crónicas como el cáncer y cardiovasculares, el VIH/SIDA lo que reduce la esperanza de vida. Los trastornos mentales más graves llevan al enfermo y a la familia a la pobreza. El estigma y la discriminación agravan el problema y dificultan la atención. La oportunidad para una nueva aproximación a la salud mental, se logrará con la integración de ésta, al sistema de salud para abarcar todo el ciclo de vida con acciones coordinadas en diversos sectores, para atender a los enfermos y a sus familias.

Los recursos para afrontar las enfermedades mentales son insuficientes. Existe una atención desigual en las diversas enfermedades mentales crónicas, lo que genera una brecha entre la necesidad de tratamiento y la atención efectiva. Es posible generar una nueva aproximación que ponga el énfasis en la disminución del estigma y la discriminación, en la prevención, en la atención comunitaria y en una navegación flexible en los diferentes niveles de atención.

Esto puede lograrse con un modelo en donde el paciente (y no la enfermedad) sea la prioridad y se evite el abandono de personas con deterioro grave en los hospitales con respeto a los derechos humanos de las personas que enferman y de sus cuidadores.

Esta propuesta se ha organizado en torno a la plataforma de atención que plantea la Organización Mundial de la Salud y por las recomendaciones del equipo liderado por Patel². Se considera que las mejores estrategias para reducir las brechas

de atención dependen de la integración en la cobertura a la salud mental dentro del sistema global de salud, con atención comunitaria colaborativa escalonada. Fortalecimiento de recursos humanos y la desinstitucionalización.

Proponemos un modelo conformado de 4 canales de implementación de servicios: a) trabajo comunitario, b) primer nivel de atención, c) segundo nivel de atención (hospitales generales) y c) atención especializada.

Para cada uno de estos canales se propone un paquete de intervenciones esenciales recomendadas derivado de un análisis de la evidencia (en escenarios de bajos recursos), en cuanto a la efectividad y la rentabilidad de las intervenciones, para guiar la toma de decisiones en la asignación de presupuestos con restricciones significativas⁵.

Se busca una visión horizontal de la atención centrada en la persona enferma y sus necesidades, en sustitución de la visión vertical enfocada en la enfermedad⁶. Se parte de tres elementos transversales para este modelo; el compromiso político y la ampliación del financiamiento; así como la capacitación y atención a lo largo del ciclo vital.

Las intervenciones en los tres niveles de atención, se enfocan en promover la “alfabetización en salud mental”, prevenir los trastornos mentales y contrarrestar las barreras para la atención con acciones comunitarias. Mejorar el conocimiento de la población sobre salud mental para identificar síntomas de posibles trastornos y buscar ayuda oportuna para reducir el estigma y la discriminación. Promover la salud mental a través del autocuidado en edades tempranas con hábitos activos y saludables que reduzcan los riesgos del suicidio.

En el primer nivel de salud se requiere capacitación y supervisión. Establecer vínculos entre la comunidad y evaluación del alcance de las intervenciones, enfocadas a detectar diagnósticos oportunos. Realizar intervenciones psicosociales para facilitar la adquisición de habilidades y hacer frente a factores de riesgo. Contar con disponibilidad y gratuidad de un conjunto

de medicamentos. Optimizar los procesos de referencia y contra referencia.

En el segundo nivel de atención se considera integrar la salud mental en otros servicios o programas que ya se encuentren funcionando. Incorporar la atención a la salud mental y de apoyo psicosocial en los programas de atención de desastres. Otorgar un papel prioritario a la salud mental. Ampliar y equilibrar la distribución del financiamiento. Fortalecer a los recursos humanos mediante la capacitación y supervisión, así como el intercambio de tareas e incentivar la participación del personal de salud en la atención de la salud mental.

Lograr que en los hospitales generales o de zona, se atiendan personas con trastornos mentales agudos y que requieran una hospitalización breve. Establecer servicios de salud mental en hospitales generales para atención ambulatoria y hospitalaria de corta estancia. Integrar equipos de salud mental por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. Inclusión de personas con discapacidad psicosocial. Atender la comorbilidad de trastornos mentales, lesiones y de otras enfermedades crónicas en hospitales generales.

Las estrategias para el tercer nivel refieren la creación de clínicas especializadas en consulta externa. Optimizar procesos de referencia y contra-referencia. Desarrollar un modelo para la desinstitucionalización de personas con discapacidad mental e intelectual, y ampliar esfuerzos de rehabilitación. Para ello, se requiere, un reordenamiento de espacios. Capacitar al personal del tercer nivel. Incorporar tecnologías de la información. Evaluar las intervenciones y los programas de salud mental; el impacto de las intervenciones y la relación costo-efectividad, entre otras.

REFERENCIAS

- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Compare Data Visualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Accessed [11/11/2018]).
- Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. *The Lancet* 2018; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Thornicroft G, Tansella M. *The balanced care model for global mental health*. *Psychological medicine* 2013; 43(4), 849-863.
- Organización Panamericana de la Salud. Representación OPS/OMS Chile. *Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales*. Santiago, Chile 2011.
- Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. *Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition*. *The Lancet*, 387 (10028): 1672-1685 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)
- De Savigny D, Adam T. *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research. World Health Organization 2009.
- Medina Mora ME, Borges G, Lara C, et al. *Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey*. *Psychological Medicine* 2005; 35(12), 1773-1783.
- Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E. *Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey*. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(8), 1371-1378.
- Wang PS, Aguilar Gaxiola S, Alonso J, et al. *Recent treatment of mental disorders in the World Mental Health Survey Initiative*. In: Kessler R, Ustun TB. *The WHO World Mental Health Surveys. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. EU: Cambridge University Press, World Health Organization 2008.
- Berenzon S, Saavedra N, Medina-Mora ME, et al. *Evaluación del sistema de salud mental en México: hacia donde encaminar la atención?* *Rev. Panam Salud Pública* 2013; 33 (4): 252-258.
- Alonso J, Buron A, Bruffaerts R, He Y, Posada-Villa J, Lepine JP, et al. *Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys*. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118(4), 305-314.
- Hanisch SE, Twomey CD, Szeto AC, Birner UW, Nowak D, Sabariego C. *The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review*. *BMC psychiatry* 2016; 16(1), 1.
- Souraya S, Canning T, Farmer. *Addressing Anxiety and Depression: A whole system approach*. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health, 2018.
- Shidhaye R, Lund C, Chisholm D. *Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions*. *International journal of mental health systems* 2015; 9(1), 40.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Masello J, Phillips MR, Rahman A. *No health without mental health*. *Lancet* 2007; 370 (9590): 859-7
- Zorrilla EP, Luborsky L, McKay JR, et al. *The relationship of depression and stressors to immunological assays: a meta-analytic review*. *Brain Behav Immun* 2001; 15: 199-226 7
- Atkinson J, Page A, Wells R, et al. *A modelling tool for policy analysis to support the design of efficient and effective policy responses for complex public health problems*. *Implementation Science* 2015; 10: 1-9.
- Lara C. *La comorbilidad entre los trastornos mentales y otras enfermedades*. En M. Medina-Mora, E. Srtu y T. Real (eds.). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Ciudad de México. Academia Nacional de Medicina, CONACYT, 2015.
- Ramirez-Bermudez J, Perez-Esparza R, Aguilar-Venegas LC, Sachdev P. *Neuropsychiatry: Towards a Philosophy of Praxis*. *Rev Colomb Psiquiatr* 2017; 46 (Suppl 1): 28-35.
- Suwalska J, Suwalska A, Neumann-Podczaska A, Łojko D. *Medical students and stigma of depression. Part I. Stigmatization of patients*. *Psychiatr Pol* 2016; 51(3): 495-502.
- Kohn R, Ali A, Puac-Polanco V, Figueroa C, Lopez-Soto V, Morgan K, et al. *Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap*. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e165. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>
- Gomez-Dantes O, Frenk J. *Neither myth nor stigma: Mainstreaming mental health in developing countries*. *Salud Publica Mex* 2018;60:212-217. <https://doi.org/10.21149/9244>
- World Health Organization. *Mental Health Atlas 2014. Department of Mental Health and Substance Abuse. Profile of Mexico*. World Health Organization Geneva, Switzerland; 2015.
- Mental health atlas country profile Mexico, 2014*. Geneva: World Health Organization; 2015. www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/mex.pdf Accessed 29/10/2018
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Secretaría de Salud. *IESMOMS Informe sobre Sistema de Salud Mental en México*. México, 2011.
- Souza J, AJ, Yamawaka AL, Villar LMA, Fernanda NA, Coelho VTM, Barbosa SP, et al. *Mental health in the Family Health Strategy as perceived by health professionals*. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(5):935-941. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0492>
- Cabello Rangel H, Diaz Castro L, Arredondo A. *Costo efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México*. *Salud Mental* 2011; 34 (3): 95-102
- Diaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Arredondo A, Madrigal de Leon E, Pineda-Antunez C. *Cost-effectiveness of therapeutic interventions in Schizophrenia*. *Eur J Psychiatr* 2017; 31(1): 11-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpsy.2016.12.006>



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, realiza trabajos de investigación científica en el campo de la salud mental, formación y capacitación de recursos humanos calificados, así como la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional. Está conformado por tres direcciones de investigación: epidemiológica y psicosocial, neurociencia y clínica, servicios clínicos y enseñanza.

Las principales líneas de investigación se centran en el estudio integral del alcoholismo y otras adicciones; la epidemiología psicosocial de los trastornos mentales y los modelos de psicoeducación para la prevención, identificación temprana y atención de problemas de salud mental y adicciones.

La investigación clínica, se enfoca en la neurobiología de los trastornos mentales así como las alternativas terapéuticas y de diagnóstico de la patología mental del adolescente, adulto joven y adulto mayor. El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, es un espacio para el estudio complejo de la interacción entre el cerebro, la conducta y el ambiente desarrollado.

DRA. SHOSHANA BERENZON GORN

Doctora en psicología social por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel II. Su investigación se centra en Ciencias Médicas en el Instituto Nacional de Psiquiatría, “Ramón de la Fuente Muñiz” en el área epidemiológica y psicosocial.

Es profesora de posgrado en la UNAM y coordina el trabajo en México del Latino Mental Health Training Program con sede en la Universidad del Sur de California. Cuenta con 78 artículos científicos publicados en revistas nacionales e internacionales, 25 capítulos de libros y 18 publicaciones de divulgación.



Discusión

“Consideraciones Claves para Lograr una estrategia de atención en salud mental sustentable”

La segunda propuesta, estuvo a cargo de la Dra. Shoshana Berenzon, “Consideraciones Claves para lograr una estrategia de atención en salud mental sustentable”, en su exposición, resumió brevemente la problemática del tema, señalando que se requiere atención especializada, equilibrarla y distribuir los servicios, brindar el servicio médico desde el primer nivel sin que se tenga que llegar directo a la especialización, fueron éstas las principales directrices de su iniciativa.

Se busca que el modelo de atención sea escalonado y acorde a *“las necesidades de atención de acuerdo a la gravedad del paciente. El trabajo más fuerte estaría a nivel de la comunidad y en el primer nivel de atención, donde se trabajaría la prevención y promoción de una mejor salud mental. Se brindaría atención a las problemáticas desde sus inicios”*, explicó Berenzon Gorn, especialista en trastornos mentales.

“El objetivo es complementar la atención mental en el segundo nivel de atención, y referir los casos que así lo requieran con servicio especializado de psiquiatría a aquellos que realmente lo necesiten y presenten un problema grave”, detalló la participante.

“Por consiguiente, se busca que los servicios estén interconectados, con referencia y contra-referencia, entre los distintos niveles. Aprovechar la infraestructura que ya existe para incorporar a la salud mental en el servicio de salud en general. Por ello, se requiere la aplicación de intervenciones aprobadas en el instituto, tanto en la comunidad como a nivel clínico que cuenten con evidencia. La atención horizontal del paciente, deberá estar centrada en sus necesidades y no en la enfermedad”, expresó la psiquiatra Berenzon Gorn.

Las intervenciones estarán enfocadas a la persona, no a la depresión, problema de diabetes o al problema de salud, sino a la necesidad que la persona presente. *“Las estrategias, nos han*

dado resultados” comentó e hizo un llamado para incorporar la salud mental desde la comunidad hasta en los hospitales generales. Instó a ir venciendo resistencias para una mejor adherencia a los diferentes tratamientos y conseguir una mejora mucho más rápida en los pacientes.

Ante una pregunta del público, sobre cuáles son las tácticas y reglas para brindar la atención en poblaciones lejanas, la Dra. Shoshana Berenzon Gorn, respondió que además de atender el primer nivel y el área comunitaria, se desarrollan estrategias de autocuidado y promoción, *“es decir, no esperar a que ya se presente el problema, sino cómo mantener lo que tenemos saludable”*.

No obstante, argumentó que los elementos fundamentales, son la capacitación, supervisión y evaluación de acciones. Y a manera de ejemplo señaló que *“desde hace varios años en el instituto, se ven todas las acciones de telemedicina para apoyar en aquellos lugares donde no hay muchos especialistas, poder contar de manera continua con esta supervisión, aunque no necesariamente se cuente con los expertos en el lugar. Sí hay toda una propuesta de cómo apoyar esta supervisión en los lugares lejanos”*, afirmó Berenzon Gorn.

En su intervención, el Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León, resaltó la disminución que ha tenido la brecha de la atención de salud mental requerida. El 80% de los pacientes que solicitan servicio no lo podían recibir. A través del eje transversal de atención desde el primero, segundo y tercer nivel y el trabajo colaborativo, se ha contribuido a reducir esta problemática.

El Dr. Madrigal de León, hizo hincapié en la capacitación y preguntó a la participante; si en la propuesta realizada por los compañeros anteriores del personal de salud, bastaría

solamente con el entrenamiento o habría que considerar otros elementos durante la evaluación y el impacto, cuestionó el psiquiatra moderador.

Shoshana Berenzon Gorn, argumentó que la capacitación no es suficiente, *“es un elemento fundamental, pero tiene que estar incorporada dentro de políticas públicas. Creo que un paso importante, es que la salud mental tiene que quedar incorporada como un programa prioritario dentro de la salud en general”*, respondió la especialista en salud mental.

Al respecto, el doctor Eduardo Ángel Madrigal de León, recordó que desde 1980, los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) se fundaron con esta idea comunitaria. Después se modificaron ante la falta de apoyos, y sobre todo de presupuesto, por lo que dejaron de cumplir un poco con este objetivo. Ahora se ofrecen principalmente, consultas externas de salud mental de niños y de adultos.

En la Ciudad de México, existían tres centros comunitarios que trabajaban en la comunidad. Promovían la salud mental y detectaban casos en la zona desde los años 80. Por otro lado, el Hospital Fray Bernardino Álvarez, cuenta con un servicio de psiquiatría comunitaria desde hace más de 30 años. Se trabaja en la comunidad, se capacita a médicos, maestros y a profesionales de la salud en general con cuatro cursos al año. La capacitación se realiza a 500 promotores de la salud mental al año y sin mucha difusión de los servicios.

El Dr. Madrigal De León, hizo una relación de la situación y condiciones del área de la salud mental en la que para alcanzar mejoras al mismo, se debería de contar con el apoyo de profesionales, los cuales no se pueden contratar debido a la falta de plazas, y éstas no se crean por la escasez de presupuesto, y lo poco que se tiene se dedica un poco más a la investigación, que también es importante, informó el moderador de esta mesa de análisis en salud mental.

Por tanto, comentó que es necesario unir esfuerzos y evitar divisiones. Sugirió aprovechar la opción de los programas de salud que se centran

en el primer nivel de atención y en la comunidad, y observar qué es lo que sí se puede lograr. *“No olvidemos que hay un principio básico de la medicina de que no hay enfermedades, sino enfermos”* señaló el Dr. Madrigal.

Por su parte, el Dr. Carlos Campillo, enfatizó que hay un gobierno que está muy dispuesto a trabajar en la atención primaria, y esto será muy importante aprovecharlo. Aunque existe una resistencia profesional en el gremio de la salud mental, frente a la salud comunitaria, exhortó a romper paradigmas, tabús y contar con un equipo multidisciplinario de trabajo, y sobre todo con una mente fresca. Virtudes, que reconoció tienen las propuestas de las jóvenes psiquiatras.

SEXENIO DE SALUD MENTAL

“Propuestas de Salud Mental 2018-2024”

El derecho a la protección de la salud es reconocido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos desde 1983. La Ley General de Salud, reglamentaria de ese derecho identifica a la salud mental entre los servicios básicos. La prevención y atención de los trastornos mentales y comportamiento, son considerados servicios de carácter prioritario¹. Aunque ha habido avances en la priorización de la salud mental como parte elemental de los servicios de salud, se sigue con brechas importantes que impiden a la población el acceso a servicios públicos de calidad^{2,3}.

Quienes sufren problemas de salud mental padecen a su vez estigmatización, discriminación y marginación, que inciden en la violencia de sus derechos humanos e impiden la realización del derecho a la protección de su salud^{4,5}. Garantizar los derechos de las personas con trastornos mentales, requiere el establecimiento de mecanismos para el acceso y la prestación de los servicios desde un marco de igualdad y sin discriminación.

Los datos más recientes de la carga global de enfermedad muestran que los trastornos mentales y el abuso de sustancias

comprenden el 9.6% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALYs) perdidos en México⁹. La depresión, por sí sola, se encuentra entre los cinco principales padecimientos que causan mayor discapacidad en el país¹⁰.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012 reportan que el 16.9% de la población presentaba síntomas depresivos clínicamente significativos, al momento de la encuesta¹¹. Más aún, las tendencias sugieren que la prevalencia de estos padecimientos seguirá aumentando. Los trastornos mentales suelen iniciar durante la infancia, la adolescencia o la juventud¹⁴, afectando a la población durante todo el transcurso de la vida⁸.

En el 2013, los trastornos depresivos y la demencia, se encontraban en el 17.6% y 7.9% respectivamente, de los adultos mayores en México¹⁵. A pesar de que los padecimientos de salud mental se encuentran entre las principales causas de discapacidad, en todos los grupos de edad y género¹⁶, en el 2003 sólo uno de cada diez individuos presentaba un trastorno mental, y sólo uno de cada cinco tenía dos o más, y habían recibido tratamiento⁸.

Estudios más recientes muestran un panorama similar, con un retraso de entre 4 y 20 años para recibir atención en el caso de trastornos afectivos¹⁷. El costo por atender padecimientos de salud mental es significativo, sin embargo, el precio derivado por la falta de su atención supera a la inversión que implicaría su otorgamiento¹⁸. El análisis de costo-efectividad en México ha demostrado que el precio para tratar la depresión y la esquizofrenia, es menor a lo que costaría continuar en el escenario actual de inatención^{19,20}.

Igualmente, se ha demostrado la eficacia de modelos escalonados de atención que combinan, según el padecimiento y su gravedad, tratamiento farmacológico y estrategias no farmacológicas (como terapia breve e intervenciones psicosociales), que pueden ser implementadas por distintos actores: desde trabajadores comunitarios capacitados hasta proveedores especializados, como psiquiatras y psicólogos²¹⁻²⁴.

Asimismo, se han identificado tratamientos efectivos y modelos de atención basados en evidencia, recopilados en fuentes como la guía de atención *mhGAP* de la Organización Mundial de la Salud²⁵. Los recursos asignados, actualmente no corresponden con la carga de la enfermedad en el país. Del total del presupuesto asignado a la salud en 2011, solamente 2% fue orientado a la salud mental.

Es urgente aumentar el presupuesto destinado a la atención en salud mental en los 3 niveles de atención^{19,20}. El 80% de ese monto se destina a la operación y mantenimiento de los hospitales psiquiátricos, por lo que las acciones al primer nivel de atención se encuentran reducidas^{6,26}. Debido a la escasez actual de recursos asignados, es necesario apearse a las recomendaciones propuestas por Patel y colegas²⁶, con base en el modelo de atención escalonado propuesto por la Organización Mundial de la Salud²⁷.

La propuesta contempla los siguientes ejes de implementación: prevención, promoción y autocuidado. Atender los determinantes sociales de salud mental. Desarrollar y efectuar modelos de prevención primaria y secundaria de enfermedades mentales. Organizar la participación social bajo el modelo de resiliencia. Promoción del uso de las tecnologías en salud. Aprovechar el uso de los medios y tecnologías de la información para potencializar el acceso directo e indirecto a la información sobre salud mental y promover el autocuidado, y automanejo de factores de riesgo.

En la detección, diagnóstico y referencia, se busca asegurar que el registro de salud mental se vuelva una tarea prioritaria en la práctica cotidiana de la provisión de salud. Establecer un sistema nacional de referencia y contrarreferencia a lo largo de todo el modelo de intervención. Facilitar la intersectorialidad entre proveedores de servicios de salud y asistencia social. Fomentar a nivel jurisdiccional, el uso rutinario de instrumentos de tamizaje para detección temprana de problemas mentales, progresos, referencias a segundo o tercer nivel y alta de servicios.

Para el tratamiento, cuidado y recuperación, se busca implementar modelos comunitarios y multidisciplinarios, de atención a la salud mental centrada en el paciente, y su involucramiento en el proceso de cuidado y recuperación. Capacitación para el primer contacto en manejo terapéutico. Renovación de planes de estudio en escuelas de medicina, enfermería y trabajo social. Distinguir entre intervenciones de alta y baja intensidad, para facilitar la redistribución de tareas, optimización de recursos humanos y transición a un modelo de práctica especializada en salud mental.

Priorizar intervenciones psicosociales basadas en evidencia⁵³. Aplicar modelos estadísticos de simulación para planear presupuestos de pagos y servicios. Para registrar los avances en salud mental se pretende realizar monitoreo, investigación y transparencia que actualice la información.

Crear espacios de garantía y defensa de los derechos de las personas que sufren problemas de salud mental, así como generar mecanismos para su empoderamiento. La implementación de un modelo de cuidado escalonado, con nuevas estrategias permitiría una transición paulatina hacia la redistribución de responsabilidades y optimización de recursos. Esta propuesta de coordinación intersectorial se encamina hacia una atención centrada en el paciente.

REFERENCIAS

1. Ley General de Salud. México.
2. Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. IESM-OMS. *Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México*. Ciudad de México; 2011.
3. WHO. 2014 *Mental health atlas*. 2014;72.
4. WHO. *Mental health and Development. Targeting people with Mental Health conditions as a Vulnerable Group* [Internet]. 2010. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf?ua=1
5. UNCRPD. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. [Internet]. [cited 2017 Oct 1]. Available from: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>
6. Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora ME, Aparicio Basauri V, Galván Reyes J. *Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?* Rev Panam Salud Ment [Internet]. 2013;33(4):252-8. Available from: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ssf&AN=87528351&site=eds-live&scope=site](http://ezproxy.net.ucf.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ssf&AN=87528351&site=eds-live&scope=site)
7. Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. Alcohol. Ciudad de México; 2012.
8. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimés JB, Bautista CF, et al. *Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*. 2003;26(4):1-16.
9. IHME. *GBD compare results tool*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 15]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
10. IHME. México. *What health problems cause the most disability?* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 10]. Available from: <http://www.healthdata.org/mexico>
11. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinosa B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo MM, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo LM, et al. *Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7)*. Salud Publica Mex. 2013;55(3):267-74.

12. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. *Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition*. Lancet. 2016;387(10028):1672-85.
13. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. *Elements for a theory of the health transition*. Heal Transit Rev [Internet]. 1991;1(1):21-38. Available from: <https://www.jstor.org/stable/pdf/40608615.pdf>
14. Benjet C, Borges G, Méndez E, Albor Y, Casanova L, Orozco R, et al. *Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey*. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2015;25(2):163-73. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00078-015-0721-5>
15. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo KM, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz AL, Gutiérrez-Robledo LM, et al. *Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México*. Salud Publica Mex. 2013;55(SUPPL.2):323-31.
16. Lozano R, Gómez-Dantés H, Pelcastre B, Ruelas M, Montañez J, Campuzano J, et al. *Carga de la enfermedad en México 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*. Vol. 136, Journal of Experimental Psychology: General. Instituto Nacional de Salud Pública /Secretaría de Salud; 2014. 104 p.
17. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. *Depression, gender, and the treatment gap in Mexico*. J Affect Disord [Internet]. 2012;138(1-2):165-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.040>
18. Chisholm D, Burman-Roy S, Fekadu A, Tasneem K, Kizza D, Luitel NP, et al. *Estimating the cost of implementing district mental healthcare plans in five low- and middle-income countries: the PRIME study*. Br J Psychiatry. 2016;208 (Suppl 56):s71-8.
19. Lara-Muñoz MC, Robles-García R, Orozco R, Méndez Saltijeral MT, Medina-Mora ME, Chisholm D. *Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México*. 2010;33(3):211-8.
20. Lara-Muñoz MC, Robles-García R, Orozco R, Real T, Chisholm D, Medina-Mora ME. *Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México*. Salud Ment. 2010;33(4):301-8.
21. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, et al. *Effectiveness of an intervention led by lay health counselors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial*. Lancet [Internet]. 2010;376(9758):2086-95. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61508-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61508-5)
22. Araya R. *Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial*. Lancet [Internet]. 2003;361:995-1000. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12825-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12825-5)
23. Shinde S, Andrew G, Bangash O, Cohen A, Kirkwood B, Patel V. *The impact of a lay counselor led collaborative care intervention for common mental disorders in public and private primary care: A qualitative evaluation nested in the MANAS trial in Goa, India*. Soc Sci Med [Internet]. 2013;88:48-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.002>
24. Lara MA, Navarro C, Rubi NA, Mondragon L. *Two Levels of Intervention in Low-Income Women With Depressive Symptoms: Compliance and Programme Assessment*. Int J Soc Psychiatry [Internet]. 2003;49(1):43-57. Available from: <http://isp.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0020764003049001542>
25. World Health Organization. *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders for non-specialist health settings* [Internet]. Guía de Intervención mhGAP. 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf
26. 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;(18).
27. Shidhaye R, Lund C, Chisholm D. *Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: Strategies for delivery and integration of evidence-based interventions*. Int J Ment Health Syst. 2015;9(40):1-11.
28. Fiksel J. *Designing resilient, sustainable systems*. Environ Sci Technol. 2003;37(23):5330-59.
29. Thornicroft G, Tansella M. *The balanced care model for global mental health*. Psychol Med. 2013;43(4):849-63.
30. McGorry P, Keshavan M, Goldstone S, Amminger P, Allott K, Berk M, et al. *Biomarkers and clinical staging in psychiatry*. World Psychiatry. 2014;13(3):211-23.
31. Bruner C. *ACE, Place, Race, and Poverty: Building Hope for Children*. Acad Pediatr [Internet]. 2017;17(7):S123-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2017.05.009>
32. Merrick MT, Ports KA, Ford DC, Afifi TO, Gershoff ET, Grogan-Kaylor A. *Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health*. Child Abuse Negl [Internet]. 2017;69:10-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
33. Patel V, Kleinman A. *Poverty and common mental disorders in developing countries*. Bull World Health Organ [Internet]. 2003;81(02):609-15. Available from: <http://www.hubmed.org/display.cgi?uids=14576893>
34. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. *Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India*. Am J Psychiatry [Internet]. 2002;159(1):43-7. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org.ezproxy.sussex.ac.uk/cgi/content/abstract/159/1/4>
35. Crenshaw K. *Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color*. Stanford Law Rev. 1991;43(6):1241-99.
36. Climent Clemente MT. *Transpsiquiatría. abordajes queer en salud mental*. In: Climent Clemente MT, Carmona Osorio M, editors. *Transpsiquiatría: Abordajes Queer en Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018. p. 249-81.
37. Grabbe L, Miller-Karas E. *The trauma resiliency model: a "bottom-up" intervention for trauma psychotherapy*. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2017;1:1-9.
38. Moriarty J, Milanthrope J. *The effectiveness of social work with adults: A systematic scoping review*. Londres: King's College London; 2016.
39. Nutger A, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, Van Veldhuizen R. *Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study*. Community Ment Health J. 2016;52:898-907.
40. Arrieta J. *Understanding depression in rural Chiapas: contextualizing quantitative measures and patients' experiences*. Unpublished Master's Thesis. Harvard University. Boston: Harvard University; 2015.
41. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, et al. *Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study*. J Clin Psychol. 2017;73(9):1076-90.
42. Trujillo A, Feixas G, Bados A, García-Grau E, Salla M, Medina J. *Psychometric properties of the spanish version of the Clinical Outcomes in routine evaluation-Outcome Measure*. Neuro-psychiatr Dis Treat. 2016;12:1457.
43. Alvarez-Monjarás M, Bucay-Harari L. *Modelo de tamizaje, atención y monitoreo de la salud mental para adultos en casos de desastre*. Salud Publica Mex. 2018;60(S1):S22-S29.
44. Barrett P, Linsley P. *A text on which the link never dries: Dialogic practices of care and treatment planning*. J Psychiatr Ment Health Plan. 2017;24:461-8.
45. Palazuelos D, Ellis K, Im DD, Peckarsky M, Schwarz D, Farmer DB, et al. *5-SPICE: the application of an original framework for community health worker program design, quality improvement and research agenda setting*. Glob Health Action. 2013 Apr;6:19658.
46. Rossi G. *Acompañamiento Terapéutico. Lo Cotidiano, las Redes, sus Interlocutores*. Buenos Aires: Polemos; 2017.
47. Gillard S, Holley J. *Peer workers in mental health services: A literature review*. Adv Psychiatr Treat. 2014;20:286-92.
48. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V. *Open Dialogue Approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia*. ethical Hum Serv. 2003;5(3):163-82.
49. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)*. 2018. p. 271-87.
50. Belkin SG, Ünützer J, Kessler RC, Verdelli H, Raviola GJ, Sachs K, et al. *Scaling Up for the "Bottom Billion": "5 x 5" Implementation of Community Mental Health Care in Low-Income Regions*. Psychiatr Serv. 2011;62(12):1-9.
51. Roth A, Hill A, Pilling S. *The competences required to deliver effective Humanistic Psychological Therapies*. Londres: University College London; 2009.
52. Lemma A, Roth A, Pilling S. *The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy*. Londres: University College London; 2008.
53. Fonagy P, Roth T. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Londres: Guilford Press; 2003.
54. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. *Estimating the true global burden of mental illness*. The Lancet Psychiatry [Internet]. 2016;3(2):171-8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
55. United Nations (10 Febrero 2011). *General Assembly Resolution 65/95, Global health and foreign policy*. Available from: www.undocs.org/A/RES/65/95
56. Hecht BL, Olives C, Pagano M, Valadez JJ. *Large Country-Lot Quality Assurance Sampling: A New Method for Rapid Monitoring and Evaluation of [Internet]*. Health Nutrition and Population. 2008. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/LCLQAS.pdf>
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan capacitación en instrumentos de tamizaje para trastornos depresivos, de ansiedad y de abuso de sustancias, del personal de al menos 60% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan el uso de instrumentos de tamizaje y el número de personas tamizadas para trastornos depresivos, de ansiedad y síndrome de abstinencia por abuso de alcohol, en el 30% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan capacitación en manejo farmacológico y no farmacológico de trastornos depresivos, de ansiedad y de abuso de sustancias, del personal de al menos 30% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan abasto suficiente de medicamentos necesarios para la atención de trastornos depresivos, de ansiedad y síndrome de abstinencia por abuso de alcohol en el al menos 30% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan casos de salud mental en el SIS y el SUIVE de al menos el 30% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- Mediano plazo (2022):
- Aumentar en un 15% el número de trabajadores en salud mental (número por 100,000 población).
 - Aumento de la inversión del gasto en salud mental a la atención del primer y segundo nivel en un 30%.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan capacitación en instrumentos de tamizaje para trastornos depresivos, de ansiedad y de abuso de sustancias, del personal de al menos 80% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan el uso de instrumentos de tamizaje y el número de personas tamizadas para trastornos depresivos, de ansiedad y síndrome de abstinencia por abuso de alcohol, en el 50% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan capacitación en manejo farmacológico y no farmacológico de trastornos depresivos, de ansiedad y de abuso de sustancias, del personal de al menos 50% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan abasto suficiente de medicamentos necesarios para la atención de trastornos depresivos, de ansiedad y síndrome de abstinencia por abuso de alcohol, en el 50% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan casos de salud mental en el SIS y el SUIVE de al menos el 50% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- Largo plazo (2024):
- Se aumenta el presupuesto público de salud destinado a Salud Mental a un 5% (Patel et al., 2018).
 - Al menos el 75% de los proveedores en centros de salud (rurales y urbanos) reportan el uso de instrumentos de tamizaje.
 - El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan casos de salud mental en el SIS y el SUIVE de al menos el 75% de los centros

ANEXO

Indicadores de resultados y procesos

Con el fin de facilitar la evaluación de la implementación de las propuestas presentadas, y basándonos en recomendaciones internacionales de desarrollo sustentable en salud mental (Patel et al., 2016, 2018, Shidhaye et al., 2015; WHO, 2010, 2013), recomendamos los siguientes indicadores de resultados y procesos.

Corto plazo (2020):

- El 100% de las jurisdicciones sanitarias estatales cuentan con un coordinador exclusivo de salud mental (es decir, no cumple ninguna otra función de coordinación).
- Reportes anuales y transparentes del número (por 100,000 habitantes) de los trabajadores en salud mental, camas para salud mental, visitas ambulatorias de salud mental, y suicidios; así como, la proporción de personas con enfermedades de salud mental severas que hacen uso de los servicios.

de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad,

- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan capacitación en instrumentos de tamizaje para trastornos depresivos, de ansiedad y de abuso de sustancias, del personal de al menos 90% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan el uso de instrumentos de tamizaje y el número de personas tamizadas para trastornos depresivos, de ansiedad y síndrome de abstinencia por abuso de alcohol, en el 70% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan capacitación en manejo farmacológico y no farmacológico de trastornos depresivos, de ansiedad y de abuso de sustancias, del personal de al menos 70% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.
- El 100% de las jurisdicciones sanitarias reportan abasto suficiente de medicamentos necesarios para la atención de trastornos depre-

sivos, de ansiedad y síndrome de abstinencia por abuso de alcohol, en el 70% de los centros de salud (rurales y urbanos) que no cuenten con psicólogos y psiquiatras en la unidad.

- El 80% de las escuelas de trabajo social, enfermería y medicina destinan más del 5% del tiempo a la formación en salud mental, incluyendo diagnóstico, tratamiento médico (en el caso de escuelas de medicina), intervenciones psicosociales breves, y criterios de referencia a segundo y tercer nivel.
- Al menos un 75% de las escuelas que ofrecen la licenciatura de psicología cuentan con programas de acreditación como terapeutas y capacitadores en terapias de baja y alta intensidad, para egresados y estudiantes.
- Al menos el 50% de las escuelas de medicina, enfermería y trabajo social ofrecen la acreditación de sus alumnos egresados como terapeutas y capacitadores en modelos de baja intensidad.
- Existe una normatividad federal que estandarice el porcentaje de psiquiatras y psicólogos que deberá de existir por jurisdicción, hospital y/o población atendida.



DRA. MERCEDES AGUERREBERE

Es asesora en salud mental en Compañeros En Salud México (CES), filial de la organización internacional Partners In Health y socia fundadora de “El Laboratorio”. Es Maestra en Ciencias Médicas por la Universidad de Harvard. Ha trabajado en la provisión de servicios de salud mental en Chiapas, rehabilitando clínicas de primer nivel de atención en zonas rurales de las regiones Sierra y Frailesca. Sus áreas de interés se enfocan en la inclusión de la atención a la salud mental en la cobertura universal y de género en los servicios de salud.



MTRA. FRANIA COLMENERO

Maestra en derecho por la University College London (UCL), es abogada con experiencia en litigio, investigación y consultoría jurídica en instituciones de gobierno. Es miembro de Chevening Alumni y socia fundadora de “El Laboratorio”. Ha trabajado en áreas de colaboración internacional y derechos sociales, con atención en el derecho a la salud y su acceso.



MTRO. MAURICIO ÁLVAREZ-MONJARÁS

Es doctorante en psicología clínica en la University College London (UCL). Es egresado de la licenciatura de Psicología por la Universidad Iberoamericana. Ha trabajado como psicoterapeuta en diversos equipos multidisciplinarios del National Health Service (UK), especializándose en trastornos de la personalidad, disforia de género, suicidio y conductas auto-lesivas.



DRA. EMMA WYNNE

La Dra. Emma Wynne, doctorante en salud mental y justicia social en King's College London (KCL). Egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México. Tiene experiencia en salud pública, planeación y análisis. Es socia fundadora de “El Laboratorio”.



Discusión

“Propuestas de salud mental 2018-2024”

Esta tercera propuesta la presentó Mercedes Aguerrebere, Emma Wynne, Frania Colmenero y Mauricio Álvarez Monjarás, investigadores independientes que con su iniciativa, buscan mejorar el registro de información epidemiológica para implementar un modelo escalonado que permita una transición paulatina hacia la redistribución de responsabilidades, y la utilización de recursos enfocados a la Salud Mental en México.

Para lograr este objetivo, el grupo de trabajo multidisciplinario integrado por dos médicos generales, psiquiatras y una abogada, propusieron la creación de un modelo dimensional de discapacidad para facilitar el registro de información y desarrollo de herramientas clínicas y poder otorgar una atención de calidad. Asimismo, establecieron una coordinación intersectorial entre proveedores de servicios de salud, de asistencia social y de instituciones encargadas de la defensa y protección de los derechos humanos de los usuarios.

Para la mejora en la atención de la salud mental, la Dra. Mercedes Aguerrebere Gómez Urquiza, explicó que su propuesta contempla una asociación público-privada que está dirigida a dos áreas específicas. La primera debe ser brindada principalmente por el Estado, por medio del sistema público, porque se tiene la capacidad de llegar a más población, aunque los recursos a veces no sean suficientes. Por lo que se promueve hacer asociaciones y subrogar algunos servicios en todos los niveles de atención, explicó la representante del proyecto.

Las tecnologías de la información, es la segunda área de trabajo. Con esta herramienta se permitiría ingresar a la información de los centros de salud de primer nivel y de los pacientes en una plataforma digital, abierta a la población en la que se podría ver la calidad de atención o el desempeño de cada clínica por estado, a nivel nacional y también por centro de salud sobre ciertas enfermedades, ahondó la Dra Aguerrebere.

Es posible ingresar la salud mental al apartado de enfermedades crónicas, contar con un registro adecuado, el desempeño de cada centro, abasto de medicamentos, tamizaje, la atención que se brinda, son algunos aspectos que se consideran en esta asociación público-privadas, señaló la psiquiatra.

Ante el cuestionamiento sobre el control de medicamentos que se tiene para problemas mentales en el primer nivel de atención, la Dra. Aguerrebere Gómez Urquiza, aclaró que *“en las Guías Clínicas de Secretaría de Salud y del Instituto del Seguro Social, se ponen ciertos padecimientos de Salud Mental, en los que están incluidos los trastornos psicóticos, del ánimo, depresión mayor, ansiedad y otros más, como una competencia de los médicos generales en el primer nivel de atención”*.

Al respecto, agregó que el Catálogo Universal de Servicios de Salud, (CAUSES), incluye anti-sicóticos, tanto de primera como de segunda generación y medicamentos antidepresivos dentro de las medicinas que pueden utilizarse en el primer nivel de atención.

Por otro lado, enfatizó *“la importancia de renovar los planes de estudio en las escuelas de medicina, enfermería y trabajo social, porque se destina menos del 5% del tiempo en entrenamiento en Salud Mental. En detección y referencia, no se brindan los conocimientos básicos para su manejo. Sin embargo, sí están autorizados para prescribir ciertos medicamentos”* y aclaró que en el caso del acceso al servicio de salud mental y la existencia de programas en atención primaria, el 30% de los proveedores, no cuentan con capacitación.

En un resumen de participaciones, la doctora Gabriela Rodríguez Cuevas, comentó que debería haber un aumento del presupuesto destinado a salud mental, en respuesta al cuestionamiento de cuál sería un primer paso, para avanzar en salud mental.

Comentó que *“actualmente tenemos 2% por debajo de Costa Rica y Panamá a nivel Latinoamérica. Sugirió influir en las políticas públicas para aumentar ese gasto en salud y acceso”*. Dijo que mejorar el registro de información e incidir en el CAUCE para la disponibilidad de medicamentos antipsicóticos y antidepresivos, contribuiría a tener avances en salud mental.

En cuanto a la depresión y su detección, la Dra. Rodríguez Cuevas, explicó que la población ha solicitado los servicios de atención, y en respuesta se abrió el Programa de Salud Mental, porque la carga de la enfermedad, era muy alta. *“Muchas veces se presenta con síntomas más somáticos, como dolor de cabeza, dolores que persisten a pesar de que se traten con analgésicos, estar pensando mucho; son cosas muy particulares que ya se han incluido en las capacitaciones para todo el personal”*, aclaró a los asistentes y moderadores del foro.

En una relación de conclusiones sobre el tema de salud mental que realizó el Dr. Madrigal de León, enfatizó en la necesidad de construir un sistema de atención a la salud mental con un enfoque preventivo de promoción de la salud alrededor de las personas en el país. La coincidencia del sector de salud mental sobre la construcción de un sistema escalonado, con base en la comunidad, y en el primer nivel de atención, con todo el desafío que representa, sin duda es una ardua tarea que podría realizarse, puntualizó el especialista en psiquiatría.

El Dr. Madrigal De León, exhortó a realizar un cambio de paradigma, en el que se empiece alrededor de la persona. Se explicó que a partir de esta visión, se desmantelaría o transformaría a las instituciones organizadas alrededor de las patologías y de las enfermedades, aclaró. De esta forma, dijo se vencerían los obstáculos para implementar programas de capacitación, prescripción médica con autorización de CAUSES y abasto de medicamentos para evitar que en los hospitales no se den de alta a los pacientes porque no se pueden referir.

En otro punto, el especialista en salud mental, destacó el cambio absoluto de las tareas dentro

de los propios profesionales, es decir una de las grandes propuestas no es un asunto de especialistas. No hay manera de hacer cobertura en Salud Mental a base de psiquiatras, ni de psicólogos, si no es con la inserción en el Sistema de Salud y la capacitación. Habilitar todo el Sistema con las enfermeras, trabajadoras sociales, paramédicos y promotores de salud, que mucho hacen en esa construcción de mejora en salud mental.

“Son grandes desafíos y una gran oportunidad está explícitamente en las propuestas muy claras. El actual gobierno empezará la transformación del primer nivel de atención, la atención primaria en salud, le llamé el Secretario de Salud, el Dr. Jorge Alcocer Varela, y ahí se tendrá la oportunidad de insertar el tema de la Salud Mental, en este primer nivel, para atender la disparidad en los estados y en el país. Se está frente a una gran oportunidad” finalizó el doctor Madrigal De León.

CONCLUSIONES

La discusión de las propuestas que se presentaron durante el Foro #HablemosDeSalud impulsó el posicionamiento de diversos temas que habían sido marginados de la agenda nacional entre los que destacan salud mental y salud visual. Por otra parte, se revisaron tópicos de actualidad que apoyan el diseño de un nuevo modelo de atención de la salud en nuestro país, como es el caso de las asociaciones público-privadas, fortalecimiento de la atención primaria y pasos hacia un sistema de salud unificado.

En lo concerniente a los ejes transversales, las tecnologías de la información resultan estratégicas en el nuevo modelo de salud. Es de particular interés su incorporación en diversos programas como la detección temprana de diabetes mellitus, cáncer, así como la piedra angular para el diseño de sistemas que faciliten el aprovechamiento de la infraestructura en salud, por mencionar algunos ejemplos.

Así también, a lo largo de los cuatro días de trabajo, se insistió en ubicar al paciente como eje principal en el sistema de salud. Se hizo énfasis en la importancia de realizar actividades para lograr que los ciudadanos tengan una mayor participación en el cuidado y promoción de su salud.

Otro aspecto a resaltar fue la iniciativa de aprovechar a los médicos generales para que se incorporen a los programas de especialidades médicas, a fin de capacitarlos y sumarlos a diversos programas de salud mental, nutrición o envejecimiento saludable, entre otros.

La brecha de acceso a la salud se incrementa como consecuencia de una mayor demanda de servicios, aunada a una falta de oferta que acompañe a esta necesidad. Para reducirla, nuestro país requiere de un modelo en el que además de incrementar el presupuesto en salud y hacerlo más eficiente, incorpore nuevas estrategias en el manejo de enfermedades, incluya nuevas tecnologías y refuerce la participación privada en la prestación de servicios de salud.

El reto de inversión en salud se traduce en falta de acceso a la infraestructura hospitalaria, a recursos humanos especializados a medicamentos y dispositivos médicos.

Para lograr un Sistema de Salud funcional y acorde a las necesidades del país, se requiere del trabajo conjunto entre los sectores público y privado. Es por ello que la tarea no termina aquí, la Fundación Mexicana para la Salud y la Facultad de Medicina de la UNAM continuarán impulsando iniciativas que contribuyan a mejorar la salud de los mexicanos.

Autores:

Dra. Mercedes Aguerrebere

Dra. Emma Wynne

Mtra. Frania Colmenero

Mtro. Mauricio Álvarez Monjarás

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

- Dra. Shoshana Berenzon

Compañeros en Salud

- Dra. Fátima Gabriela Rodríguez Cuevas

Compilador: Santiago March Mifsut

Coordinación Editorial: María Guadalupe Avilés Hernández

Diseño Editorial: Rodrigo Esquinca Enríquez de la Fuente

Editado por: Fundación Mexicana para la Salud A.C.

Derechos Reservados Fundación Mexicana para la Salud A.C.

Este proyecto ha sido posible gracias al apoyo de:

Alcon



Primera edición, Junio 2019

Impreso en México | Tiraje: 500 ejemplares

En Imprenta Grafiscanner, SA de CV
Calle Bolívar #455, L-1, Col. Obrera, CDMX.
Tel. 5519-3511 | 5530-1631

FUNSALUD | 2019



FUNSALUD

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Facultad de Medicina

