

Las políticas de salud mental en México para niños, adultos y ancianos: mucho por hacer, mucho más por reflexionar

Dr. Alejandro Klein¹

Resumen

El presente trabajo intenta presentar diversos elementos que hacen a la configuración de la o las políticas sociales en México. No se trata de un estudio exhaustivo del arte pero sí pretende ofrecer algunos elementos que sirvan a una discusión y debate posteriores. Desde un presupuesto magro, a una valorización de prácticas psiquiátricas, asilares y manicomiales, junto con escasa capacitación y prácticamente nula atención al campo de la salud mental en niños, jóvenes y ancianos se presenta una situación que es preocupante y que escapa a lo legislado para cuajar en un campo lleno de dificultades y situaciones altamente problemáticas.

Palabras clave

Salud mental; Políticas sociales; Psiquiatrización

As políticas de saúde mental no México para crianças, adolescentes e anciãos: muito para fazer. Muito mais para refletir

Resumo

O presente trabalho procura apresentar os diversos elementos que configuram as políticas sociais no México. Não se trata de um estudo exaustivo do Estado da Arte, porém pretende-se oferecer alguns elementos que sirvam para a discussão e futuros debates. Desde um orçamento reduzido a uma valorização de práticas psiquiátricas, isolantes e manicomiais, junto com uma escassa capacitação e praticamente sem atenção ao campo da saúde mental das crianças, adolescentes e anciãos se apresenta uma situação que é preocupante e que escapa ao legislado para alcançar um campo cheio de dificuldades e situações altamente problemáticas.

Palavras-chave

Saúde mental; Políticas sociais; Psiquiatrização

The policies of health mental in Mexico: much to make. Much more to reflect

Abstract

This paper attempts to present various elements that make configuration or social policies in Mexico. This is not an exhaustive study of art but aims to provide some elements that serve a discussion and later debate. Since a meager budget, a valuation of psychiatric practices, asylums and insane opinions, with little training and virtually no attention to the field mental health in children, young and old a situation that is worrying and that escapes legislated to curdle in a highly fraught with difficulties and problematic situations arises field.

Keywords

Mental health; Social politics; psychiatrization

Introducción

La Dra. Gonzáles Torres, señalaba en el año 2001 que el modelo mexicano existente de tratamientos de patologías de la salud mentalera “un modelo de atención que sólo ofrece alenfermo mental hospitalización de por vida y que ha sido desechado en muchos lugares del mundo, como Italia, España, Brasil, Chile y Argentina”. Y agregaba “Miles de enfermos mentales, privados de toda clase de derechos humanos, se pudren sin esperanza alguna en los 28 hospitales psiquiátricos del gobierno federal” (GOMEZ MENA, 2001, p. 12).

Se estimaba para el año 2002 alrededor de 15 millones de mexicanos padecían algún tipo de enfermedad mental, esto es, una sexta parte de sus habitantes, para cuya atención el sector salud disponía – en ese momento – de 28 hospitales psiquiátricos. Pero de estos 28, solo cinco parecían estar en condiciones óptimas de hospitalización y tratamiento. Se consideraba a la infraestructura hospitalaria como insuficiente, obsoleta, mal distribuida y de difícil acceso.

Del total mencionado de personas con problemas de tipo mental, existe un estimado de 4 mil 600 pacientes que están internados en los hospitales mencionados. Y de estos pacientes al menos la mitad son personas que han sido abandonadas por sus familias. De los casi 5.000 pacientes hospitalizados la mayoría tienen entre 15 y 20 años asilados, considerándose que son enfermos de escasa (o nula) recuperación (CRUZ, 2002). En otras palabras: una vez que el paciente esta institucionalmente psiquiatrizado, su recuperación – paradójicamente- se vuelve un imposible...

Características poblacionales y sociales de México

México es un país de enorme heterogeneidad cultural, social y económica. Su territorio comprende 1, 964,375 km² con una población superior a los 110 millones de habitantes de los cuales 51% son mujeres y 49% hombres; 30.5 millones de personas son menores de 15 años (28.1%); 29.3 millones tienen entre 15 y 29 años (27%); 36.2%, entre 30 y 59 años, y el porcentaje de adultos mayores asciende a 8.7% (9.4 millones).

La esperanza de vida al nacer es de 77.5 años para las mujeres y para los hombres de 72.7 años. El 76.5% de la población vive en localidades urbanas y solo el 26.5% en zonas rurales (INEGI, 2008, 2009).

El porcentaje de la población analfabeta del país es de 9.8%; entre las mujeres de 15 años o más, es también de 9.8% y entre los varones de 6.8%; en las zonas rurales, la situación se agudiza y asciende a 21.7% para las mujeres y 16.0% para los hombres.

La lengua oficial es el español y se hablan al menos 68 idiomas que son herencia histórica de las diversas etnias. En cuanto a la religión, existe un predominio del catolicismo (alrededor del 85%), seguida por quienes profesan las religiones evangélicas o protestantes (INEGI, 2008).

De acuerdo con los criterios del Banco Mundial, México es considerado como un país con un nivel de ingreso medio-alto, sin embargo la inequidad sigue siendo uno de sus principales problemas y está expresada en importantes falencias en aspectos claves como salud, educación, alimentación y servicios básicos (INEGI, 2010; CONEVAL, 2008). Hay que agregar a lo anterior la ya crónica situación de violencia generada por enfrentamientos entre el narcotráfico y el ejército, y la sistemática violación de los derechos humanos, como desapariciones forzadas, corrupción generalizada, entre otros factores que generan un clima de miedo y escepticismo generalizado en la población. Esta corrupción alcanza a los propios servicios de salud. Los servicios de atención de la Secretaría de Salud (SSA) y las instituciones nacionales de seguridad social, son las dependencias que reciben más denuncias ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos a causa de las quejas sobre deficiencias en la atención que brindan (SOUZAY MACHORROA- MORENO, 2010)

Distribución del gasto público

El gasto público en salud equivale aproximadamente al 6.5% del PIB. El gasto per cápita de la seguridad social varía en los Estados de la república: el

más alto es de 3,816 pesos y el más bajo de 1409 pesos. El presupuesto asignado a la salud mental corresponde al 2% del gasto total en salud y de este porcentaje el 80% se utiliza para los gastos de los hospitales psiquiátricos (ALMEIDA, 2002; LARA et al, 2007).

Solo queda un 20% restante para financiar al resto de la red de servicios de salud mental, lo que reduce, por ejemplo, la capacidad de acciones de salud mental comunitaria. Por lo anterior, al escaso recurso destinado al sector de salud mental hay que señalar que el mismo se encamina a una hospitalización y psiquiatría como respuesta frente al mismo (ALMEIDA, 2002; LARA et al, 2007).

La población que tiene libre acceso a los medicamentos psicotrópicos representa el 85%; quienes no gozan de esta prestación pagan por una dosis diaria de tratamiento antipsicótico 0.85 dólares, lo que representa el 19% del salario mínimo diario en México. En el caso de los antidepresivos, el costo de la dosis diaria es de 0.17 dólares y representa el 4% del salario mínimo. En este sentido, es claro el empobrecimiento que implica padecer una enfermedad mental bajo tales condiciones (BERENZON et al, 2013).

Al igual que ocurriera en muchos otros países de América Latina, México ha atravesado un conjunto de severas crisis económicas que derivaron en una reducción paulatina del gasto público en salud —y, consecuentemente, del gasto en salud mental. Las respuestas —de los sucesivos gobiernos— frente a esta situación trajeron aparejada una progresiva descentralización de los servicios proporcionados por el Estado, en un intento de ampliar las coberturas, aprovechar los recursos con mayor racionalidad y obtener la mejor relación costo-beneficio en las prestaciones públicas. Tal descentralización incluyó la transferencia de los programas federales a los servicios de los estados para asegurar su normal funcionamiento (BERENZON et al, 2013).

La problemática de la salud mental

Si bien se puede considerar que la salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores de índole social, ambiental, biológica y psicológica, no hay que olvidar que en tanto se problematiza es crucial la reacción del Estado ante la misma. A los datos ya mencionados de un presupuesto deficitario hay que agregar que según datos del último trimestre de 2006 en México carece de seguridad social 43.4% de la población total (46.1 de 106 millones de personas); 65.8% de la población económicamente activa (28.7 de 43.9 millones) y 43.6% de los asalariados (11.5 de 26.4 millones). Datos que preocupan por la

contundencia de sus cifras. Hay que tener en cuenta entonces que la problemática de la salud mental, al no recibir la debida atención del Estado, agudiza irremediablemente los procesos de pobreza y pauperización, pues la misma pasa a ser considerada un problema privado y de índole individual (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, 2006).

Las investigaciones indican que los síndromes depresivos y ansiosos, la epilepsia, la demencia, la esquizofrenia, las adicciones y los trastornos del desarrollo infantil, se han incrementado en México durante los últimos años. Además, 18% de lapoblación urbana de entre 18 y 64 años de edad sufre trastornos del estado de ánimo (GONZÁLEZ, 2004; GONZÁLEZ-PIER et al, 2006)

Todo parece indicar que la incidencia de los trastornos mentales tiende a aumentar debido a que el país atraviesa por una acelerada transición demográfica que influye en el cambio del perfil epidemiológico, por lo que se espera que fenómenos como la depresión, la demencia, así como el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas vean incrementados en las próximas décadas (GOMEZ MENA, 2001).

En México se vive una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de los padecimientos crónico-degenerativos, categoría en la que se encuentran los accidentes, las lesiones y los trastornos mentales. Estos últimos constituyen un importante problema de salud pública; el trastorno depresivo ocupa el primer lugar en mujeres y el quinto en hombres. En cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad, los trastornos relacionados por el consumo de alcohol ocupan el sexto lugar para los hombres. (GONZALEZ-PIER et al, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; BENJET et al, 2004).

De acuerdo con la Secretaría de Salud, se estima, que cuatro millones de adultos presentan depresión; medio millón padece esquizofrenia, un millón de personas tienen epilepsia y la demencia la padecen el diez por ciento de los mayores de 65 años. Desde estatendencia creciente, en los próximos diez años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de Salud (SECRETARIA DE SALUD, 2002).

La acción legislativa

El tema de la salud mental se ha posicionado en la agenda legislativa a partir de la LVIII Legislatura (2000-2003) de la Cámara de Diputados, como un problema de salud pública. Se aprobó de esta manera la Reforma a la Ley General de

Salud, y al Sistema de Salud Mental, que incluye un modelo de Atención en Salud Mental, el cual contempla la creación de nuevas estructuras de atención que, en congruencia con los avances a nivel mundial, afirma buscar el cierre de hospitales psiquiátricos asilares, afirmando el derecho de los pacientes y familiares a ser debidamente informados (MEDINA MORA, 2015).

Desde las consideraciones anteriores la acción legislativa ha buscado integrar servicios comunitarios de salud mental, incrementar la calidad de los servicios e integrar a los familiares en los programas de salud mental. Se va consolidando la idea de que se debe preservar los derechos ciudadanos de los pacientes, aunque sea una aspiración poco llevada a la práctica (LARA, 2007).

En tal sentido ya en 1994 se expidió la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 que tenía como objetivo uniformar criterios sobre la atención hospitalaria psiquiátrica y la protección de los derechos humanos de los pacientes (IESM-OMS, 2011).

Existen dos instancias nacionales que cumplen diversas funciones en el campo de la salud mental: el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP). El CONSAME se encarga de proponer el contenido de la política y las estrategias nacionales en materia de atención, prevención, y rehabilitación de los trastornos mentales (*ídem*). El SAP por su parte:

coordina los programas de prestación de servicios de atención médica especializada en salud mental en las unidades operativas de su adscripción; establece mecanismos de vinculación con las instituciones de seguridad social y del sector salud para la atención de los trastornos mentales; participa en la elaboración de normas oficiales mexicanas así como en la formulación de instrumentos normativos en materia de servicios de atención psiquiátrica (IESM-OMS, 2011, p. 15).

El paradigma reinante

Sin embargo, más allá de las instancias nacionales y las acciones legislativas plasmadas en leyes y decretos la concepción de los problemas de salud mental se sigue concibiendo desde una perspectiva endógena y biologicista que la desvincula del contexto socio-cultural (DÖRING, 1985).

De esta manera se perpetúan las estrategias del sistema psiquiátrico tradicional que implican la reclusión de los enfermos a perpetuidad en espacios cerrados, bajo vigilancia médica y psiquiátrica, uso crónico de medicamentos y condiciones miserables de subsistencia de estos hospitales con bajos presupuestos y casi nula

rehabilitación. El enfermo mental es despojado irremediamente de sus derechos de ciudadanía (BASAGLIA, 1973).

Este despojamiento se refleja invariablemente en las pésimas condiciones de atención. Aun cuando aparentemente se favorece la reducción de la permanencia de los pacientes psiquiátricos y su reincorporación a la comunidad y familia, la disminución en el número de camas ha llegado a que en México se tenga una proporción menor en 28% a la recomendación de la OMS, de contar con una cama por cada 10 mil habitantes; además, las camas disponibles para internamiento muestran una distribución inequitativa en el territorio nacional (SECRETARIA DE SALUD, 2001).

Es necesario indicar que los estados de Campeche, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Tlaxcala y Zacatecas carecen de servicios hospitalarios para la atención de población abierta de los enfermos con trastornos mentales. El 51% del total de las camas “reales” existentes, tiene características de asilares (saturadas o sin movimiento).

Asimismo la accesibilidad geográfica al interior de cada entidad es desigual. Los servicios se ubican en las localidades de mayor desarrollo económico o bien en sitios alejados de los núcleos urbanos (SECRETARIA DE SALUD, 2001).

Los recursos del primer nivel de atención están conformados por más de doce mil núcleos básicos de salud (integrados por un médico y dos enfermeras), de los cuales operan completos menos del 30%, y ninguno de ellos contempla servicios de salud mental.

En lo referente al segundo nivel, el Distrito Federal concentra el 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta, únicamente siete estados tienen suficiente número de psiquiatras y psicólogos (uno por 100 mil y uno por 40 mil habitantes respectivamente). En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas la carencia de psiquiatras es casi absoluta. Campeche y Quintana Roo sufre una situación similar respecto a los psicólogos. Además, estos profesionales se concentran en las ciudades de mayor tamaño y desarrollo (GONZÁLEZ, 2004).

El tercer nivel de atención está conformado, actualmente, por 46 hospitales de especialidad (psiquiátricos) y cuatro hospitales generales con posibilidad de internamiento de individuos con trastornos mentales. La seguridad social dispone de cuatro hospitales y existen ocho en el ámbito privado (GONZÁLEZ, 2004).

Se observa que el eje de la atención de salud mental era — y sigue siendo — el hospital psiquiátrico. Un buen ejemplo de tal afirmación es que a la fecha

existen 46 hospitales psiquiátricos frente a 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y 8 en establecimientos residenciales. Aunado a lo anterior, el acceso se veía limitado por barreras geográficas, ya que la mayoría de los servicios se encontraba en las grandes metrópolis o sus alrededores (BERENZON et al, 2013).

Solo 27% del total de usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios eran niños o adolescentes, y ese porcentaje caía a 6% en los hospitales psiquiátricos. Los resultados también revelaron que aproximadamente 50% de los pacientes que recibían atención lo hacían en servicios hospitalarios y que era internado un paciente de cada 1,7 atendido en los servicios ambulatorios (ÍDEM).

Por otro lado se constata que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos: solo una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo recibieron atención y solo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad lo obtuvieron. La información resultante de una encuesta realizada en la ciudad de México indicó que sólo 13.9% de los hombres y mujeres que cubrían el criterio de depresión del DSM IV buscaron ayuda. El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento (MEDINA- MORA et al, 2003; 2005).

Estos datos se verifican con otros estudios que indican que uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento (BERENZON et al, 2013).

Cuando se considera la adecuación del tratamiento se observa que solo el 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental recibieron un tratamiento adecuado. Aunado a lo anterior, los servicios son proporcionados principalmente en el tercer nivel con poca representación del primer nivel de atención (BORGES et al, 2006).

Pero al mismo tiempo son los médicos de primer nivel de atención la fuente de ayuda para esta población: 42% de las personas aquejadas por trastornos de ansiedad o afectivos reportaron haber hablado de sus problemas con un médico general. Los psicólogos son la segunda fuente, consultada por 42% de mujeres y 36% de hombres.

Los psiquiatras son la tercera fuente entre los hombres (32%) y los ministros religiosos entre las mujeres (26%). Los curanderos tradicionales fueron consultados por el 9% de los hombres y 11% de las mujeres (MEDINA MORA et al, 2004).

Por otra parte algunos estudios que han analizado las barreras para buscar atención demuestran que las principales razones para no hacerlo están relacionadas con la creencia de que el tratamiento al que se tiene acceso no es bueno para manejar un problema mental (58% de los hombres y 68% de las mujeres); que el acceso es difícil (16 y 22% respectivamente), así como la falta de información (8 y 14%) (MEDINA MORA et al, 2003).

Existe asimismo vergüenza de aceptar que se padece un trastorno psiquiátrico; el miedo a perder el empleo y preocupación por la opinión de la familia.

En las zonas rurales la situación empeora, puesto que no hay instituciones especializadas para la atención de estos problemas, una visita al psiquiatra representa un día de viaje y un costo elevado. En el nivel local, son consultados – como ya indicamos- los curanderos tradicionales y otros agentes informales (MEDINA MORA et al, 2005).

En paralelo a estas formas de atención, existe un grupo de prestadores de servicios privados que atienden a las familias no aseguradas, pero que tienen alta capacidad de pago: su cobertura alcanza menos del 5% de la población (FRENK et al, 2007).

Salud mental y derechos humanos

Se estima que el 67% de los hospitales psiquiátricos del país recibieron en 2008 por lo menos una revisión/inspección sobre derechos humanos y 63% del personal que trabaja en esos hospitales ha recibido algún tipo de capacitación sobre este tema. Sin embargo, las acciones de inspección solamente se realizaron en 14% de las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales y establecimientos residenciales comunitarios, y solo una tercera parte del personal de dichos establecimientos había recibido alguna capacitación relacionada con el tema.

De acuerdo con la información obtenida, el 16% de los internamientos psiquiátricos en hospitales generales fueron involuntarios, mientras tanto que esto se observó en el 67% de los ingresos en hospitales psiquiátricos. Uno de los motivos que se esgrime para mantener tal política es que la mayoría de los pacientes llegan a los hospitales en un momento crítico del trastorno, es decir, no se encuentran en condiciones para otorgar su consentimiento, por lo que un familiar junto con 2 testigos firman una carta para realizar el ingreso. Cabe agregar que durante el año 2008, entre el 2% y 5% de los pacientes fueron restringidos o aislados en las unidades de hospitalización y en los hospitales psiquiátricos (BERENZON et al, 2013).

Es importante mencionar que se registró una vinculación escasa entre el sistema de salud mental y la sociedad civil. Tanto es así, que no se cuenta con información sistematizada sobre las asociaciones de usuarios y familiares. Con base en la poca información existente, se estima que solamente 20% de este tipo de asociaciones interactúa de forma regular con servicios de salud mental y que un porcentaje similar ha participado alguna vez en la formulación e implementación de políticas, planes o normativas sobre salud mental. Asimismo, los programas destinados a que las personas con problemas mentales tengan acceso a un trabajo remunerado y a otras prestaciones sociales registraron un número muy bajo, a pesar de existir disposiciones legislativas relacionadas con el empleo, la protección contra la discriminación y el aseguramiento de la vivienda (BERENZON et al, 2013).

La infraestructura existente: realidades y encrucijadas

México cuenta con 544 establecimientos ambulatorios de salud mental, de los cuales sólo el 13% está destinado a niño(a)s y adolescentes, que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes. Del total de usuarios atendidos, 56% fueron mujeres, 44% hombres y el 27% niños y/o adolescentes. Los usuarios de estos servicios tuvieron un promedio de cuatro contactos por año. El 31% de los establecimientos proporciona atención de seguimiento en la comunidad y el 4% cuenta con equipos móviles. Todos o casi todos los servicios (81-100%) otorgaron una o más intervenciones psicosociales durante el último año y el 67% tuvieron disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) (IESM-OMS, 2011).

Por otro lado un dato muy preocupante es que existen sólo tres (3) establecimientos de tratamiento diurno disponibles en el país, conocidos como “casas de medio camino”: su labor principal es la rehabilitación psicosocial de personas con discapacidad psíquica. Brindaron atención a 0.25 usuarios por cada 100,000 habitantes, de los cuales 41% eran mujeres y no se ofreció atención a niños o adolescentes. El promedio de la estancia fue de 332 días (IESM-OMS, 2011).

Asimismo hay 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales con un total de 147 camas, lo que representa 0.14 por cada 100,000 habitantes. *Solo el 8% está reservado para niños y adolescentes* (IESM-OMS, 2011).

Actualmente existen 46 hospitales psiquiátricos, de los cuales 13 corresponden al sector privado y 63% están integrados con establecimientos de salud men-

tal ambulatorios. Hay 5 camas por cada 100,000 habitantes y únicamente el 3% están reservadas para niños o adolescentes. En los últimos 5 años, la cantidad de camas ha disminuido en un 3%. Estos establecimientos atendieron a 47 usuarios por cada 100.000 habitantes: 50% eran mujeres y 6% niños o adolescentes.

En promedio, los pacientes pasaron 24 días hospitalizados; el 58% permanecieron menos de un año; 4% entre uno y cuatro años, 7%, entre 5 y 10 años y 31% más de 10 años. La mayoría (80%) recibió algún tipo de intervención psicosocial en el último año y 98% de ellos, se hizo disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (IESM-OMS, 2011).

Las mujeres representan el 50% de la población atendida en los hospitales psiquiátricos, la proporción es mayor en las unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y en los servicios ambulatorios. No se cuenta con establecimientos de tratamiento diurno para la población adolescente o para niños.

En todos los establecimientos predominó la atención a pacientes con trastornos de ánimo; en los servicios ambulatorios también fue frecuente la atención de los trastornos neuróticos. En las unidades localizadas en los hospitales generales, predomina la atención del abuso de sustancias y en los hospitales psiquiátricos es mayor la atención de los trastornos psicóticos como la esquizofrenia (IESM-OMS, 2011).

Salud Mental en la Atención Primaria de Salud

El programa de formación de pregrado para médicos dedica sólo 4% del total de horas a temas relacionados con la salud mental. Asimismo el 11% de los médicos que trabajan en la Atención Primaria han recibido actualización (por lo menos dos días) sobre temas de salud mental (IESM-OMS, 2011).

Recursos humanos en atención de salud mental

El 43% de los psiquiatras trabajan en el sector privado y en establecimientos de salud mental con fines de lucro, mientras tanto que sólo una quinta parte lo hace en instituciones.

Gubernamentales. Se estima que alrededor del 38% participa en ambos sectores. El 69% del personal psicosocial (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales) trabaja en instituciones públicas, 22% en el sector privado y 9% se desempeña en los dos sectores. Un dato alarmante es que en las unidades de internamiento psiquiátrico y en hospitales generales, hay por cada cama 0.23 psiquiatra y 0.36 trabajador de la salud (psicólogos, trabajadores

sociales, terapeutas ocupacionales, etcétera); en los hospitales psiquiátricos, la tasa desciende a 0.09 psiquiatra y 0.48 trabajador de la salud (IESM-OMS, 2011).

Capacitación de profesionales en salud mental

La capacitación es escasa y no pasa promedialmente de dos días al año, concentrada en el uso de medicamentos. La misma cubre al 24% de los psiquiatras, 81% de los médicos, 30% del personal de enfermería y 10% del otro personal de salud en el año 2008. En la capacitación sobre intervenciones psicosociales, participa sólo el 12% de los psiquiatras, 39% de los médicos, 19% de las enfermeras, 34% de los psicólogos y 8% de los otros trabajadores de la salud. La capacitación sobre temas de psiquiatría infantil y de adolescencia contó con un número aún menor de psiquiatras: solo el 5%, mientras que aumenta el de médicos generales: 66% (MEDINA-MORA, 2003).

El modelo Hidalgo

Este modelo de atención se consolida en los últimos años principalmente para prevenir el riesgo de la marginalización e institucionalización psiquiátrica, buscando eliminar el modelo de psiquiatría asilar. Es decir rescata principios que hacen a las ideas de antimanicomiales de Basaglia y la antipsiquiatría. En tal sentido existe una preocupación por asesorar a los usuarios, tanto para garantizar que reciban un trato digno, como para garantizar el respeto a sus derechos y darles la oportunidad de tener una vida independiente con acceso a capacitación y a vivienda (IESM-OMS, 2011).

A través de la reforma al Sistema de Salud Mental se pretende dar servicios más integrales, mediante el fomento de intervenciones rehabilitadoras y trabajo comunitario, con la finalidad de disminuir al máximo hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas de hospitalización, en especial a las que hacen a las llamadas “manicomiales” (GONZÁLEZ, 2004).

Conclusiones

En un país profunda y estructuralmente inequitativo como México, el campo de la salud mental no podía sino emerger a su vez agudamente desigual. Como ya se señaló, sólo el 5 % de la población es capaz de acceder a un servicio privado, mientras que el presupuesto destinado a las políticas sociales para los problemas de salud mental no pasa del 2% del presupuesto global destinado a salud. Todo esto en un país donde carece de seguridad social casi el 50 % de la población total.

Los datos presentados parecen indicar rotundamente que el campo de la salud mental está excesivamente psiquiatrizado. De esta manera las políticas de salud mental hacen énfasis en una atención terciaria que se centra en una perspectiva asilar y de crónica internación, mientras que la atención primaria se muestra muy fragilizada. Esta excesiva psiquiatricación lleva por ende a una valorización idealizada del hospital psiquiátrico como el espacio por excelencia para la atención de la patología mental. Pero al mismo tiempo los psiquiatras existentes son claramente insuficientes para una población que progresivamente muestra cada vez más perturbaciones y conflictos en el área de la salud mental. Por otro lado si bien existen áreas de capacitación las mismas son subutilizadas y por ende no parecen tener impacto significativo en la formación y actualización del psiquiatra ni de la población médica en general.

Se podría quizás entender que el psiquiatra y la psiquiatricación no generan confianza ni acercamiento del sufriente al mismo: los datos muestran que son en realidad los médicos generales y no los psiquiatras los más consultados por las problemáticas de salud mental. Es importante recalcar que un porcentaje importante de psiquiatras se encuentra demandado por el sector privado, mientras que solo un quinto del total de psiquiatras encuestados se dedica enteramente al sector público. Probablemente esto se deba a mayores remuneraciones económicas, pero incentiva la idea de que la atención en salud mental es un servicio demasiado técnico y especializado frente al cual el Estado tiene enormes dificultades para responsabilizarse en su totalidad. Unido a esto es altamente preocupante la demora que existe en la capacidad de reacción y atención de los servicios sanitarios hacia el enfermo con dolencia psiquiátrica. Como se señaló es una demora que oscila promedialmente entre 4 a 20 años, lo que implica que finalmente, una vez atendido el enfermo presenta un agregado de deterioro cognitivo y emocional de proporciones que no han sido tenidas en cuenta, a lo que se suma prejuicios y estereotipos sociales que aún siguen considerando la dolencia mental como “locura”.

Por otro lado y concomitante con la importancia dada al abordaje terciario, la posibilidad de armar y operar equipos transdisciplinarios entra muy poco en la discusión sanitaria. El discurso médico-psiquiátrico aparece como hegemónico y autoritario. Cabe entonces señalar que la excesiva psiquiatricación de la salud mental es directamente proporcional a la resistencia del psiquiatra en formar equipos en atención primaria, así como en actualizarse permanentemente. Mientras que el saber psiquiátrico se “fossiliza”, el campo de la salud mental está en un cambio permanente e irreversible que poco se percibe y probablemente mal se diagnostica.

Al mismo es altamente preocupante la escasa o nula presencia e intervención de asociaciones de usuarios y familiares para resguardar los derechos del enfermo psiquiatrizado, evitando que se cometan abusos y excesos, lo que hace temer flagrantes excesos en el campo de los derechos humanos.

Por más que se insiste en una transición epidemiológica de los cuadros psicopatológicos esta transición no se ubica aún dentro de la concepción de políticas sociales para el sector quienes siguen encarando al enfermo y su tratamiento, desde un anacronismo que invisibiliza los nuevos contextos socio-económicos y de construcción de subjetividad de fines del siglo XX y comienzos de este siglo XXI.

Uno de estos anacronismos alarmantes es la escasa atención prestada al campo de lo juvenil y la niñez, como si la problemática de la salud mental fuera “adulto-céntrica”, con lo que se pierden oportunidad de instrumentar programas adecuados de prevención: “México carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos; tampoco existe un programa destinado a los problemas mentales de los adultos mayores” (IESM-OMS, 2011, p. 34).

De allí que se considera cuestionable lo que el informe de la OMS considera una fortaleza de la atención en salud: “Se dispone de un programa de acción que incluye lineamientos para las políticas en salud mental así como estrategias, acciones y metas encaminadas a solucionar los problemas prioritarios. También se propone la integración de la salud mental a la red de servicios de salud en general, así como la revisión y actualización de la legislación, incluida la protección de los derechos humanos de los pacientes” (IESM-OMS, 2011, p. 33). La revisión hecha en este trabajo pondría más el acento en prácticas ortodoxas legitimadas por la tradición más que en estrategias, acciones y metas planificadas racionalmente

En tal sentido parece necesario destacar un abierto desfasaje entre la “letra” de la ley y la aplicación de la misma, en el sentido que la presencia de leyes y políticas sociales aplicadas al campo de la salud mental no parecen ser escasas, pero sí su instrumentación y operatividad, la que surge como dubitativa, frágil, sino claramente ausente.

A partir de expuesto, se torna perentorio reflexionar acerca de un nuevo rumbo para la atención de la salud mental en México. El llamado “modelo Hidalgo” parece ser una respuesta en tal sentido, pero solo evaluaciones futuras serán capaces de indicar su operatividad o su carácter de “letra muerta”, como tantas otras iniciativas que le han precedido. Pero sea cual sea este nuevo rumbo, no debería desconocer las prácticas cotidianas y legitimadas del saber popular acerca de cómo enfocar y encarar las problemáticas en salud mental, las que están gravemente ausentes del saber academizado, una expresión del cual es el ya mencionado informe IESM-OMS (2011).

Referências

ALMEIDA, C. *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años '80 y '90*. Cad Saude Publica. V.18, n. 4, p.905–25, 2002.

BASAGLIA, F. *Entrevista con Franco Basaglia*. In: OBIOLS, Juan Psiquiatría y Antipsiquiatría, Biblioteca Salvat Grandes Temas, n. 98. Barcelona:SalvatEditores, 1973,p. 72-85.

BORGES, Get al. *Treatment and Adequacy of Treatment of Mental Disorders Among Respondents to the Mexico. National Comorbidity Survey*. American Journal of Psychiatry, v. 163, p. 1371-1378, 2006.

BENJET C.et al. *La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscartratamiento*. Salud Pública de México.v.46, p.417-424, 2004.

BERENZON G. S. et al. *Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?* Panam Salud Publica. v.33, n. 4, p. 252–258, 2013

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL). *Informe de Pobreza Multidimensional en México, 2008*. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/med_pobreza/Informe_pobreza_multidimensional/Informe_de_Pobreza_Multidimensional_en_Mexico_2008_.pdf> Acceso en: 19 mar. 2013.

CRUZ, A. *Nuevo modelo para la atención a enfermos mentales*. La Jornada, 9 de marzo de 2002. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2002/mar02/020309/046n3soc.php?origen=soc-jus.html>> Acceso el: 5 sep. 2014.

DÖRING, Ma. T. *Contra el manicomio*. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco: Col. Ensayos, 1985.

FRENK, J. et al. *Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias*. Salud Publica de México.v. 49 p. 14-22, 2007

GOMEZ MENA, Carolina. *Cerrará SSA 18 de sus 28 hospitales siquiátricas*. La Jornada, 25 mayo 2001. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2001/may01/010525/047n2soc.html>>Acceso en: 8 oct. 2014.

GONZÁLEZ,S. *La salud mental en México, 2004* Disponible en: <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.html>. Acceso en: 7 feb. 2005.

GONZÁLEZ-PIER, E. et al. *Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health*. The Lancet, v. 368, p.1608-1618, 2006

IESM-OMS. *Informe sobre sistema de salud mental en México*: México, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. ENSANUT. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Octubre 2006. México. Disponible en: <<http://www.insp.mx/ensanut/>> Acceso en: 17 jun. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). *II Censo de Población y Vivienda 2005*. México y sus Municipios. México: INEGI, 2008.

_____. *Mujeres y Hombres en México 2009*. México: INEGI, 2009.

_____. *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI, 2011.

LARA, C. et al. *Social cost of mental disorders: disability and work days lost*. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, v. 30, n.5, p. 4-11, 2007

MEDINA-MORA, M. E. et al. *Prevalencia de trastornos mentales y uso deservicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. *Salud mental*, 26(4), p. 1-16, 2003.

_____. *La epidemiología de la salud mental en México*. Boletín especial de salud mental. *Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP)*, 2004 Disponible en: <<http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>> Acceso en: 10 dic. 2015.

_____. *Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey*. *Psychological Medicine*, v. 35, p. 1773-1783, 2005.

SECRETARIA DE SALUD. *Programa de salud 2000-2006*, 2002. Disponible en: <<http://www.ssa.gob.mx/>> Acceso en: 1 abr 2015.

_____. *Programa de Acción: Salud Mental*. Ciudad de México: México, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health*, Atlas 2011. Geneva: WHO, 2012.

Nota

1 Profesor Investigador de la División de Ciencias Sociales y Humanidades. Campus León. Universidad de Guanajuato. Email: alejandroklein@hotmail.com

Artigo recebido no mês de julho de 2016 e aceito para publicação em agosto de 2016.