



CONGRESO REDIPAL VIRTUAL 2023-2024
Red de Investigadores Parlamentarios en Línea

PONENCIA PRESENTADA POR
Mtra. Alejandra Guadalupe Galera Vidal

TÍTULO:
**LA SALUD MENTAL EN MÉXICO,
UN PROBLEMA DE AMNESIA EN EL SECTOR PÚBLICO**

Enero 2024

El contenido de la colaboración es responsabilidad exclusiva de su autor, quien ha autorizado su incorporación en este medio, con el fin exclusivo de difundir el conocimiento sobre temas de interés parlamentario.

LA SALUD MENTAL EN MÉXICO, UN PROBLEMA DE AMNESIA EN EL SECTOR PÚBLICO

Alejandra Guadalupe Galera Vidal ¹

Resumen

Uno de los grandes problemas ocasionados por la amnesia del sector público, es la atención de la salud mental, tanto en el diseño de políticas públicas como en el desarrollo de programas gubernamentales.

La pandemia evidenció no sólo la falta de cultura para la atención de la salud mental en México en todos los rangos etarios, sino también, la ausencia de estudios focalizados desde y para una interpretación biopsicosocial de las personas que han acudido a algún tipo de atención y/o servicio de salud mental en instituciones públicas.

Adicional a ello, la falta de literatura científica que aborde la temática desde múltiples miradas -como género, derechos humanos, raza, infancia, diversidad funcional, migración y desde los derechos de las personas adultas mayores, así como un abordaje que tienda a evidenciar e identificar por nivel de escolaridad, estado civil, raza, género, condición laboral, situación de violencia, condición migratoria, por citar algunos-, podría abrirnos una ventana de oportunidad y brindar un halo de luz en un camino que no ha querido ser visto por las distintas instancias públicas encargadas de este complejo y multidimensional entramado institucional, económico, político, social y cultural que representa la atención de la salud mental: un problema de salud pública.

Palabras clave: *salud mental, salud pública, políticas públicas, pandemia.*

¹ Miembro de la Redipal. Abogada por la Universidad de Guadalajara (U de G); maestra en Políticas Públicas por la U de G. Profesora-investigadora en la U de G. Es diseñadora de políticas públicas en temas de violencia contra las mujeres. Autora de diversos artículos arbitrados de investigación en materia de violencia contra las mujeres, violencia psicológica y suicidio feminicida. Profesional certificada internacional en Educación para la Paz por el International Education for Peace Institute; integrante del Consejo Consultivo del Sistema Integral de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes del Municipio de Tonalá, Jalisco. Abogada litigante. Jalisco, México. correo electrónico: ali.galera@gmail.com

No es sino hasta este siglo que la salud mental ha comenzado a romper con los estigmas contruidos en su entorno: partiendo de la *locura* o de la incapacidad intelectual, el mito de ser un problema exclusivo de las mujeres, por tener una debilidad emocional, o por carecer de control sobre la conducta propia, o hasta los viejos mitos de posesiones demoníacas por falta de fe o por pecar; mitos que han promovido, de alguna forma, que la atención de la salud mental haya quedado bajo el cobijo de lo prohibido, de lo no deseado, y de otras cargas sociales que juntas llevan a un temor intrínseco: padecer algo socialmente indebido y que, de una simple inocente visita con una persona especialista en psicología, de manera abrupta nos lleve a un confinamiento psiquiátrico y quedar fuera de los rangos de lo social y moralmente permitido: “la normalidad”.

Para abordar el concepto de “salud mental”, requisito sine que non es señalar que tal término existe a partir de un concepto que reconoce y rechaza su opuesto: lo diferente, lo desigual, lo inadaptado, lo impropio, lo impuro, lo anormal, lo repulsivo, lo pecaminoso y hasta lo diabólico, conceptos que han influenciado en la percepción de la normalidad social en distintas etapas de la historia y como elemento indiscutible de nuestros más innombrables miedos: *la locura*.

La *locura* como tema es por demás apasionante: desde los múltiples enfoques en que ha sido abordada como un recorrido histórico del miedo circundante entre lo social, moral y religioso y la cual ha quedado al otro lado del límite borroso de lo que la Ilustración nos hace llamar Razón, o de aquello que dios provee como don o maldición; así, la *locura* llamada técnicamente psicosis, hace referencia a una enfermedad mental, o afección psiquiátrica (Muñoz, 2008); por lo tanto, para “salvarnos” de ella, es necesario reafirmar ese opuesto que nos eleva e ilumina desde el discurso ilustrado y nos privilegia abanderando el progreso en nuestras sociedades civilizadas, racionales, controladas y estandarizadas por la normal moral, social y jurídica: la salud mental.

Entonces ¿qué significa el concepto de Salud Mental que tanto nos incomoda, angustia o atormenta si debemos preguntarnos desde nuestros adentros si tendremos algún padecimiento mental o si podríamos caer en algún momento en la *locura*?

Una primera definición de Salud Mental surge en la Organización Mundial de la Salud en 1950, a través de un comité de especialistas que presentan lo que en el contexto de la época consideraban como salud mental bajo tres criterios que pretendían definir a una persona mentalmente sana: a. alcanzar una síntesis satisfactoria de los propios instintos, potencialmente conflictivos; b. establecer y mantener relaciones armónicas con los demás, y

c. la posibilidad de modificar el ambiente físico y social, cuya influencia directa es de la psiquiatría dinámica (Miranda, 2018), la cual combina la atención en el proceso patológico y el contexto social del paciente sin excluir los aspectos somáticos (Ylla, 2010).

Sin embargo, no es hasta 1958 que la definición de la psicóloga social, Marie Jahoda, marca un antes y un después en la interpretación de la salud mental, siendo un parteaguas en la comprensión y divulgación del término, bajo los siguientes criterios: a. autoconcepto realista, identidad y autoestima; b. búsqueda de crecimiento y autoactualización; c. integración de sí mismo y de las distintas experiencias; d. autonomía; e. percepción objetiva de la realidad; y f. dominio del entorno: adaptación y éxito para alcanzar metas (Miranda, 2018).

Finalmente, en el 2001, la Organización Mundial de la Salud presenta un concepto más actualizado, y define la salud mental como: *un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia* (Petra, 2022).

Bajo este nuevo enfoque, la salud mental da un vuelco a la forma interpretativa: ya no resulta únicamente una cuestión individualizada o de decisión personal, sino, más bien, expone un entramado de aspectos multifactoriales y multidimensionales que van más allá de situaciones personales aisladas, exhibiendo, de manera clara y contundente, la necesidad de considerar a la salud mental como una condición social; empero, el tema ha caído en la amnesia institucional, lo que se ha proyectado en diversas manifestaciones de ruptura con este ordenamiento social y moral, y que, debido a un entramado social lleno de desigualdades y de olvidos, merman desde la unidad doméstica hasta el sistema político, su estructura gubernamental, generando un desmantelamiento sistemático psicoemocional del tejido social.

En la carrera entre la actualización de programas institucionales que atiendan esta problemática y el incremento por detección de casos de depresión, ansiedad, ideación suicida y de suicidios, las tres esferas de gobierno siguen perdiendo la noción de la realidad social cada vez más evidente: la salud mental como un problema de salud pública.

Sin embargo, en esta competencia desigual, desleal e injusta para la sociedad, por fortuna, cada día la carrera de psicología toma un mayor impulso: según el Instituto Mexicano para la Competitividad, en el 2023, esta carrera se encuentra en el ranking número 4 de las más solicitadas en México, y sólo el año pasado contó con 585,798 estudiantes que la cursaron en el primer semestre (IMCO, 2023); adicional a ello, las nuevas generaciones están rompiendo abruptamente mitos sobre la salud mental, por lo que es notorio en las redes sociales -como una “moda”- asistir a algún tipo de terapia sistémica, holística y/o alternativa; la masificación de términos que hacen referencia a conductas que socialmente representan

un comportamiento no aceptado, o, simplemente, conceptos que cada día ganan más terreno tanto en redes como en expresiones idiomática, ya sean por el imágenes descriptivas de los “memes”, dichos de “influencers” o cada día más mensajes motivacionales o de “alertas” emocionales en Instagram, como por ejemplo: “persona tóxica”, “trauma”, “terapia”, “procrastinación”, “perfil narcisista”, “bandera roja”, por citar sólo algunos de estos conceptos “novedosos”; ha sido tal la tropicalización de estos conceptos y temas, que estas nuevas generaciones comienzan a identificarlos como algún tipo de conducta con ciertos rasgos problemáticos que, en vez de asustarles, asumen que dicho comportamiento debe ser atendido con alguna terapia y por alguien especialista en el tema.

Ahora bien, sin pretender exponer un recuento histórico sobre la historia de la salud mental en México porque me sería imposible no sólo por no ser mi área de especialización sino porque estas páginas resultarían insuficientes, considero que es necesario señalar que poco sirvió el intento del presidente Porfirio Díaz al inaugurar el primer Manicomio General de la Castañeda en 1910, e intentar presentar al mundo un país europeizado cuyo contexto contaba con más personas analfabetas que con personas letradas.

En aquella época sólo existían manicomios en Europa y Estados Unidos de Norteamérica, por lo que, dicho sea de paso, al México pre revolucionario todavía llegaban los hervores del pensamiento ilustrado europeo, especialmente con el espíritu henchido de aquellas prácticas que debían ponernos a la altura de los Estados nación liberales, capitalistas, burgueses y colonizadores. En ese contexto en México se abre el primer manicomio, mejor conocido como “El Palacio de la Locura”, cuyo objetivo era la atención psiquiátrica y la hospitalización, único en su género, ya que atendería sin distinción de sexos, edad, nacionalidad y religión; sin embargo, la falta de personal especializado que permitiera atender el basto número de pacientes con diversas características: niñez, mujeres, indigentes, alcohólicos, indígenas, drogadictos, prostitutas, personas con enfermedades venéreas, homosexuales (Becerra, 2014), hicieron que la atención fuera deficiente, clasista, discriminatoria y, por demás, indiferente a las necesidades particulares de quienes ahí arribaban, -o, para ser más justa en la descripción: a quienes ahí abandonaban-, estigmatizándoles como personas “locas” o “desquiciadas”, situación que a la larga, ese espacio conocido también como El Palacio de la Locura, el abandono de las familias de las personas internas como el descuido institucional estructural y físico del edificio, hicieron que el presidente Díaz Ordaz lo cerrara y mandara a destruir el hospital por las condiciones deplorables y denigrantes en las que se encontraban los pacientes en 1968. (AGN, 2022).

No es sino hasta 1984 que se promulga la Ley General de Salud, en la cual se abordan por primera vez aspectos bioéticos para la atención de la salud mental en México, considerando factores que ocasionan trastornos mentales, alteraciones de conducta, y factores que producen alguna afectación mental, además de que en dicha ley se consideran aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental (Becerra, 2014).

Este logro legislativo si bien marca una nueva ruta de atención mental para las personas con ciertos padecimientos mentales en México, el logro quedó en simples aspiraciones que, como en la mayoría de los casos, dicen qué se debe de hacer, pero casi nunca señalan el cómo, por lo que la dramática experiencia de las personas internas de La Castañeda no tuvo un impacto suficiente como para presentar un proyecto basado en las condiciones de vulnerabilidad social de quienes ingresaban a ese manicomio, ni consideró la posibilidad de diseñar un proyecto de programa gubernamental que pusiera la lupa en la vulnerabilidad que existe como el hilo delgado y desgastado entre la salud mental y la pobreza.

De acuerdo con Díaz Martínez y Estaban Jiménez, *“en un mundo la economía determina cada vez con mayor precisión las condiciones sociales, educativas, políticas y por ende también las de salud, [nos] encontramos una grave desigualdad social generada por una sostenida y profunda distribución inequitativa del ingreso económico”* (Díaz Martínez & Estaban Jiménez, 1999), situación expuestas en *encuestas (...) las cuales han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en las familias* (Sandoval de Escurdia, 2005).

En México contamos con un Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores que, tal como aparece en la página oficial, sus objetivos son: *El SNII tiene por objeto promover y fortalecer, a través de la evaluación, la calidad de la investigación científica y tecnológica, y la innovación que se produce en el país. El Sistema contribuye a la formación y consolidación de investigadores con conocimientos científicos y tecnológicos del más alto nivel como un elemento fundamental para incrementar la cultura, productividad, competitividad y el bienestar social* (Conahcyt, 2023).

En materia de salud mental, pese a la especialización de investigadoras e investigadores, ha faltado realizar investigaciones focalizadas para el diseño y desarrollo de

programas de atención médica, así como de vinculaciones interinstitucionales, creación de programas gubernamentales y de políticas públicas para la atención de la salud mental, pese a que el padrón del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNI) nos presenta una lista entre especialistas del tema entre Nivel I y Nivel III (*Conahcyt, 2023*). Sin embargo, pareciera que la investigación ha quedado constreñida a aspectos teóricos o de investigación focalizada, la cual no contempla un proyecto de salud pública integral que parta del enfoque biopsicosocial capaz de plantear el problema de salud mental como un problema de salud pública que, en ese entendido, se asuma la responsabilidad del Estado el cual debe considerar el costo no sólo en términos presupuestales, sino de salud pública que fortalezca el tejido social.

La siguiente tabla pretende exponer la información desagregada a partir de la Base de datos del CONAHCYT, cuyo contenido se desarrolló considerando del Área (2019) / Campo del conocimiento (2020–2023), tomando como base la Psicología y la Psiquiatría, al igual que en la Disciplina:

Año	Campo/Área del conocimiento	Disciplina	Subdisciplina	Especialidad
2019	Psicología	Otras especialidades en materia de Psicología	Otras especialidades en Materia de Psicología	Psicología de la Salud
2020	Humanidades y Ciencias de la Conducta	Psicología	Otras especialidades Psicológicas	Psicología de la Salud y Psicología Clínica
			Estudio de la Personalidad	Investigación Psicológica Personalidad
2021	Humanidades y Ciencias de la Conducta	Psicología	Otras especialidades Psicológicas	Emociones Prevención Suicidio
			Otras especialidades en Materia de Psicología	Medicina Conductual
	Medicina y Ciencias de la Salud	Psiquiatría	Investigación Clínica	Genética Molecular Trastornos Psiquiátricos
			Desórdenes del Comportamiento	Bipolares
2022	Medicina y Ciencias de la Salud	Psiquiatría	Psiquiatría	Psiquiatría
2023	Medicina y Ciencias de la Salud	Psiquiatría (23)	Psicopatología	Psiquiatría (7)
			Psicopatología	Depresión (2)
			No especifica	Psiquiatría, Psicología y Salud Mental (1)
			No especifica	Psiquiatría (13)

Fuente: Elaboración propia.

Pocos han sido los estudios técnicos que se han desarrollado para comprender, desde una mirada multi, inter y transdisciplinaria, la falta de consideración de la salud mental como un problema público, los cuales parecieran que van dirigidos a cumplir funciones de informes institucionales, proyectos de ley, investigaciones con grupos focalizados; de igual forma, se han presentado investigaciones realizadas por asociaciones civiles, personal académico,

personal médico especializado y hasta personal de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en las cuales han analizado las condiciones físicas, emocionales y médicas de pacientes en los manicomios a nivel nacional: 4 federales y 32 estatales, así como toda aquella infraestructura institucional y física donde les albergan, y los resultados arrojados en sus informes e investigaciones son, por demás, indignantes por los excesos de injusticia cometidos en la gran mayoría de los casos de personas internas, datos registrados en diversos informes clínicos y académicos sobre el registro de condiciones de sanidad de dichos espacios.

Aunque este breve artículo pretende hablar sobre la falta de políticas públicas y programas gubernamentales para la atención de la salud mental en México, sobra decir que debe considerarse como una urgencia y emergencia sanitaria dignificar las condiciones de pacientes que se encuentran en hospitalización y bajo cualquier tipo de tratamiento respecto de su salud mental, ya que no basta ningún sistema normativo armonizado, si los proyectos de gobierno no respetan sus propias leyes y no crean los mecanismos necesarios para un funcionamiento que respete a las persona (Ríos Molina, 2011).

Si bien actualmente no existe gran información sobre los (mal)tratos legitimados en manicomios bajo el discurso de sanación física y/o mental, la realidad es que, entre 1910 y 2024, con 114 años de diferencia, no existe mucha diferencia en la falta de programas específicos que atiendan, prevengan, y promuevan la salud mental como un asunto de salud pública; sí, existe una regulación federal, más no programas gubernamentales específicos que sean diseñados desde las particularidades contextuales, culturales, bajo enfoques de género, interseccionales, intergeneracionales, que permitan atender desde una visión panóptica e integral e problema de salud mental como una necesidad y derecho humanos.

La obligatoriedad del Estado mexicano en garantizar los derechos humanos, entre ellos la salud, ha dejado claro que es más una tendencia de armonización normativa que un verdadero proyecto que atienda de manera directa y transversal la condición de salud mental de población.

En una solicitud realizada en el Portal Nacional de Transparencia (PNT, 2024)² dirigida a aquellas instituciones públicas de tienen como parte de sus objetivos institucionales la salud mental, se requirió -tanto al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y a la Secretaría de

² Se requirió tanto al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) bajo la solicitud 330018024001004; al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con la solicitud 330017124000204, y a la Secretaría de Salud (SSA) con solicitud 330026924000272, a través del correo personal ***.galera@****.com

Salud (SSA)-, información que consideré como básica y necesaria y que debería estar desagregada para fines de información indispensable considerada en los registros médicos, y consistente en 5 rubros, desglosada por cada uno de los siguientes años: 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023:

- A. Registro por entidad federativa en número de casos, sobre:
 - i. Violencia psicológica; ii. Depresión; iii. Ansiedad; iv. Atenciones psicológicas completas; v. Terapias psicológicas; vi. Atención psiquiátrica; vii. Uso de medicamentos controlados; viii. Ideación suicida; ix. Números de intentos de suicidios; x. Número de hospitalizaciones por intentos de suicidios; xi. Suicidios
- B. Lo anterior se solicita que por favor la información se encuentre desagregada por:
 - i. Sexo; ii. Edad; iii. Municipio; iv. Escolaridad; v. Estado civil; vi. Número de embarazos; vii. Número de hijos; viii. Número de abortos; ix. Nacionalidad; x. Grupo étnico; xi. Condición de uso de drogas; xii. Antecedentes de violencia familiar
- C. Nombres de cada una de las instituciones públicas estatales, desagregado por municipio:
 - i. Brindan atención psicológica; ii. Brindan terapias psicológicas; iii. Albergan para mujeres con problemas mentales.
- D. Políticas públicas, programas gubernamentales y protocolos estatales desagregado por municipio y por nombre de cada una de las instituciones gubernamentales para:
 - i. Prevenir la violencia psicológica; ii. Prevención el suicidio en niñas, niños y adolescentes; iii. Prevención del suicidio en mujeres.
- E. Registro de datos y efectos registrados por depresión y ansiedad como efectos de la Pandemia a nivel estatal, desagregado por municipio.

Esta información fue requerida debido a que, dado el ejercicio de mi profesión, he atendido a mujeres víctimas de violencias que han necesitado algún tipo de servicio integral de atención psicológica y en ocasiones psiquiátrica debido a experiencias traumáticas que las han llevado al punto de la ideación suicida o, en algunos casos, a intentos fallidos de suicidio, sea por voluntad propia o por la inducción al suicidio por parte de sus parejas; respecto de algunos de mis clientes hombres, que si bien no han sido víctimas de violencias tan arraigadas, naturalizadas e invisibilizadas como aquellas normalizadas socialmente contra las mujeres, en algunos casos he tenido que contactarles con profesionistas de la salud mental, ya que no quieren ser un registro en instituciones públicas, por temor a reconocer “públicamente” que sufren maltrato y que desean morir, y, en un caso, suicidarse.

Tales casos desde hace algunos años han encendido el foco rojo de mi atención, especialmente en temas de violencia psicológica contra mujeres, pero que, al sumar a mujeres y hombres que atiendo y observar el denominador común síntomas de depresión (de acuerdo con la definición de la Organización Panamericana de la Salud: *enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida* (OPS, 2023), por lo que decidí realizar dicha solicitud de transparencia.

Respecto de la información brindada por el IMSS, informo lo siguiente (para mayor detalle véase el Anexo No. 1):

- a. Archivo Excel con datos nacionales sobre depresión, ansiedad, e intento de suicidio, así como consultas en especialidades por ideación suicida, violencia psicológica y egresos hospitalarios por intento de suicidio por grupos de edad, de 2020-2021.
- b. Informa que no brinda servicios de estancia o albergamiento permanente para personas con problemas o condiciones de salud mental.
- c. Sobre las políticas públicas, envía el Programa Integral de Salud Mental 2021-2024.
- d. Respecto de la prevención de la violencia psicológica, responden que: *“sería de utilidad que se especificara ámbito, sector, circunstancias, para poder analizar si existe información específica que aportar, por lo que sí es procedente se requiera al petionario que especifique dicho punto”*.
- e. Sobre los datos de ansiedad y depresión derivados de la Pandemia, responde: “con motivo de la reciente creación de esta Coordinación, no recae dentro de la competencia de esta Normativa contar con la información referente a los datos y efectos depresión y ansiedad con motivo de la Pandemia que inició en 2019”.

Como información destacada, se presenta los datos desagregados respecto de la ideación suicida e intentos de suicidio, tal como se presenta en el Anexo A.

Ahora bien, respecto de la solicitud enviada al ISSSTE se obtuvo lo siguiente:

- a. El envío de 4 cuatro oficios de solicitud interna de la información a diversas áreas,
- b. Un archivo Excel que presenta información dividida en:
 - i. Consultas otorgadas, Egresos hospitalarios y Terapia psicológica, concernientes al de enero a diciembre de 2019 al 2022 y preliminar de enero a octubre 2023.
 - ii. Información que no contiene número de incidentes, respecto a:

- Violencia psicológica (para codificar “Violencia psicológica”, establecen el código Y07 Otros maltratos, ya que la descripción solicitada no está contenida en la CIE-10).
- Tipos de Depresión.
- Tipos de Ansiedad.
- Formas en las que se practicó el suicidio

De esta información destaca: la desagregación de datos por año, entidad federativa, grupo etario, edad, visita por primera vez, visita subsecuente, total de consultas, y descripción del CIE.¹⁰³

Sobre otros puntos, responden: *“se declara la incompetencia para atender los requerimientos de los incisos C., D. y E., debido a que dichas acciones no se encuentran dentro del ámbito de competencia de la Jefatura de Servicios de Estadística Institucional de la Dirección Estratégica de Información, Supervisión y Evaluación, de conformidad con el Manual de Organización General del ISSSTE y Estatuto Orgánico del ISSSTE vigentes.*

Finalmente, sobre la información requerida la Secretaría de Salud (SSA) envían:

- a. Archivo Excel con datos desagregados de acuerdo al CIE 10, por consultas y terapias psicológicas, del 2020 al 2022
- b. Anuario Estadístico de datos generales de sus hospitales durante el 2021, exclusivamente
- c. Envían el Modelo Mexicano de Salud Mental y Adicciones

Sobre la información que considero destacada, son los datos desagregados respecto de consultas y terapias psicológicas, ya que el anuario estadístico presenta información administrativa sobre la institución y poca sobre lo requerido.⁴

Ahora bien, una vez expuesto estos datos, considero necesario hablar brevemente sobre los Programas del IMSS y de la SSA.

Programa Integral de Salud Mental del IMSS, 2021 – 2024 (en adelante PISM), el cual presenta en dos aspectos indispensables para la comprensión tanto del Programa como del

³ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

⁴ Sobre la información aquí expuesta de las 3 solicitudes por medio del Portal Nacional de Transparencia, podrán cotejarse las respuestas institucionales y datos en la siguiente liga:
https://drive.google.com/drive/folders/1xGpk7fSkFahwRb7PUs1hXyUi_-ZpwdqW?usp=drive_link

escenario de la condición de salud mental en México: los puntos 6. Escenario epidemiológico, y el punto 7. Modelo para Atención a la Salud Mental.

Si bien existe una Guía para la elaboración de programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 elaborado por la Secretaría de Hacienda, donde se establecen los criterios mínimos indispensables que todo programa gubernamental debe seguir, lo preocupante del PISM es:

El punto 6. Escenario epidemiológico.

- i. Se basa en sus datos institucionales, no profundiza en la problemática social: *...con base en los reportes de los sistemas de información del IMSS, anualmente se otorgan alrededor de 5 millones de consultas de salud mental, con atención por el primer nivel de 79%, segundo nivel de 19% y tercer nivel de 2% (IMSS, 2023).*
- ii. Los datos sobre suicidios los toma el INEGI⁵ y del SESNSP⁶, no existe una investigación centrada en el problema actual.
- iii. Pese a que el documento está actualizado al 2023, las cifras que presenta oscilan del 2013 al 2018 por parte del SESNSP, y del INEGI del 2010 – 2013, y de la OMS del 2004; no consideran datos actualizados presentado por el propio INEGI: Comunicado de Prensa Núm. 542/23 8 de septiembre de 2023 (INEGI, 2023).
- iv. Presenta una imagen descriptiva de los sectores involucrados en la salud mental, como elemento informativo de la vinculación con los Objetivos de Desarrollo 2030 (ODS) y Objetivos del Milenio, sin detallar información o presentar un esquema de trabajo
- v. Sobre la infraestructura, informa: *a. Los OOAD⁷ que no cuentan con camas para Psiquiatría o con hospitales psiquiátricos tienen la posibilidad de realizar convenios con hospitales psiquiátricos del Sector Salud, o bien, contratar servicios subrogados en hospitales privados. El IMSS cuenta con cuatro hospitales psiquiátricos para personas adultas, en dos de las principales ciudades de la República Mexicana, como Monterrey y la Ciudad de México.*

El punto 7. El Modelo para atención a la salud mental,

- i. Se constriñe a la descripción de objetivos, así como a señalar los indicadores que deben ser considerados.

⁵ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

⁶ Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública

⁷ Organismos de Operación Administrativa Desconcentrada del IMSS.

- ii. En el Indicador 2. Elementos de meta para el bienestar o parámetro, el Objetivo prioritario es Ampliar los servicios de salud mental y adicciones para cubrir la brecha entre oferta y demanda actual, exacerbada por la pandemia mundial por COVID-19.
- iii. Los históricos de su informe para la presentación de indicadores se registra a partir del 2021, es decir, a raíz de la necesidad que generó la pandemia por COVID-19.

La propuesta del PISM, consiste exclusivamente en presentar un panorama con informes desactualizados, así como una relación del problema como si únicamente fuera institucional, además de que no plantea absolutamente nada novedoso, sino más bien, un cumplimiento para sus indicadores gubernamentales y presupuestales.

El Modelo Mexicano de Salud Mental de la Secretaría de Salud (SSA, 2020), presenta la Estrategia Nacional de Salud Mental y Adicciones a través de dos programas:

- a. Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones, el cual se presenta como un mecanismo de coordinación colegiado de articulación entre personas tomadoras de decisiones, siendo en el ámbito federal el Grupo de Alto Nivel y la Mesa de Coordinadores Federales y en el estatal la Mesa Espejo Estatal.
- b. Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, se desarrolló a partir a partir del empleo de intervenciones clínicas basadas en evidencia científica, con enfoque de género, interculturalidad, ciclo de la vida y derechos humanos, dentro de sus cinco ejes: 1. Coordinación y Vinculación. 2. Vigilancia. 3. Intervenciones. 4. Capacitación e 5. Investigación.
 - i. No aborda los Ejes 1, 2, 3 y 5; se centra en el 4: cuenta con un modelo interno de capacitaciones y de certificación para el personal de la Secretaría de Salud, el cual ha formado a 7,127 personas a nivel nacional, siendo las entidades federativas con mayor número de capacitados: el Estado de México (1,251), Ciudad de México (878), el Estado de Guanajuato (440) y Oaxaca (325).
- c. Programa de Prevención de Detección Temprana y Atención a la Salud Mental para Médicos Internos de Pregrado y Pasantes de Servicio Social de Medicina, se diseñó de manera conjunta con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, quienes presentaron el Protocolo para la Implementación de este Programa.
- d. Procedimiento de Actuación en Hospitales ante el Riesgo Suicida, Código 100, el cual es un sistema de apoyo para la toma de decisiones clínicas ante situaciones de comportamiento suicida en hospitales generales o centros de atención del sector salud;

se pretende involucrar a todas las entidades del sector salud, a saber: SSA, IMSS (Ordinario y Bienestar); ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX) entre otros.

- e. Sistema para la Gestión de Casos con Riesgo Suicida en Hospitales, estrategia vinculada al Código 100, cuyo objetivo es mejorar la coordinación de enlace entre unidades de los tres niveles de atención en salud con las acciones comunitarias y orientar sus acciones de acuerdo con el escalonamiento de los servicios para racionalizar y optimizar la provisión de atención a las personas con riesgo suicida.
- f. Brigadas de Apoyo en Salud Mental y Grupos de Apoyo Emocional, buscan ejercer acciones de salud mental en la comunidad y en las unidades de salud, así como en otros contextos que requieran del apoyo, para reforzar a los equipos de salud mental, o apoyar a quienes no cuentan con un servicio para tal fin y sensibilizar al personal y a la población para cuidar su salud mental.

Considero que este programa es muy completo, pero faltaría contemplar la estructura que propone en la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones, respecto de la participación directa de diversos sectores.

Propuestas

Con base a lo anteriormente expuesto, presento la siguiente Propuesta de Política Pública para la Promoción, Detección, Atención, Seguimiento y Fortalecimiento de la Salud Mental en México.

1. Breve diagnóstico que considera la ausencia de
 - a. Atención del problema de salud pública por parte de las instancias especializadas en garantizar el derecho a la salud de manera integral.
 - b. Presupuestos específicos para la atención y prevención de trastornos mentales o condiciones psicoemocionales que vulneran la integralidad de la persona.
 - c. Cuidado de salud mental en todos los niveles educativos.
 - d. Programas que contemplen la salud pública como una política social que coadyuve al fortalecimiento del tejido social.
 - e. Datos comparativos presentados por instituciones especializadas entre datos duros y cifra negra.
 - f. Personal en la atención a pacientes con problemas psicológicos y psiquiátricos.

- g. Infraestructura hospitalaria que permita una atención digna, desde el primer nivel hasta la hospitalización de la persona.
 - h. Albergues y/o espacios que atiendan crisis psicológicas o psicóticas.
2. Como parte de la Planeación, se puede tener en cuenta:
- a. Generar un Proyecto de Ley que reforme el artículo 4 Constitucional para que se considere la salud mental como un asunto de salud pública.
 - b. Transversalizar los ejes en los proyectos, desde los enfoques interseccional, de género, multicultural y transdisciplinar.
 - c. Materializar los proyectos institucionales en planes de trabajo interinstitucionales.
 - d. Crear centros comunitarios y campañas de atención en colonias marginadas.
 - e. Llevar la salud mental a escuelas, empresas e industrias.
3. Como propuesta para un esbozo de organización e implementación institucional:
- a. Crear mesas de participación y de trabajo con diversos actores políticos y organizaciones de la sociedad civil que atienden el tema de salud mental en los ámbitos municipal, estatal y federal.
 - b. Participación de diversas instancias en salud mental, educación, nutrición, vivienda y trabajo, cuya participación deberá estar regulada por el currículo y por el proyecto que (re)presente por escrito.
4. Para el monitoreo y evaluación:
- a. Intervención de sectores diversos para vigilar el cumplimiento de los objetivos de las instituciones públicas encargadas de atender la salud mental.
 - b. Creación de comités técnicos especializados, donde participe personal académico no sólo en salud mental, sino en políticas públicas, administración pública, presupuestos, y educación.
 - c. Participación de una o varias personas especialistas internacionales de organizaciones internacionales que atiendan la problemática.
 - d. Presentación de informes anuales convalidados por el o los comités técnicos.
 - e. Revisión y valoración por parte de un comité técnico internacional, conformado por especialistas internacionales.
 - f. Presentación de datos generados en comparación con la situación *ex ante* y *ex post* de los programas.

Hace 50 años hubiera parecido imposible crear un entramado institucional que coadyuvara con actores políticos y con la sociedad civil para un solo fin: la salud mental pública.

Afortunadamente, ahora existen todas aquellas herramientas técnicas, presupuestales y personas especializadas que permiten y facilitan el diseño de proyectos de intervención, políticas públicas y programas gubernamentales para fortalecer el tejido social, y, especialmente, en una materia que debe ser prioritaria para el Estado: la salud mental como un eje rector en los programas de gobierno, y como una obligatoriedad en todos los sectores, tanto privado como civiles.

Sin embargo, de nada sirve contar con todo el andamiaje que se requiere para generar programas que nos permitirían posicionarnos en la atención y cuidado de la salud que, de seguirnos faltando, pueden llevarnos a condiciones más extremas de violencia de las que padecemos, en especial, si desde el principio del diseño no se da el primer paso: la voluntad política.

Fuentes consultadas

- AGN. (31 de 03 de 2022). La Castañeda: el estigma y el cuidado de la salud mental en México. Archivo General de la Nación. Obtenido de <https://www.gob.mx/agn/es/articulos/la-castaneda-el-estigma-y-el-cuidado-de-la-salud-mental-en-mexico?idiom=es>
- Becerra, O. (2014). La salud mental en México, una perspectiva histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética*, 238 - 253.
- CONAHCYT (2023). Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores. Obtenido de <https://conahcyt.mx/sistema-nacional-de-investigadores/>
- Díaz Martínez, A., & Esteban Jiménez, R. (1999). Prevención de la salud mental en México: estado actual y perspectivas. *Salud Mental (Especial)*, 154-158. Obtenido de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/aarriaga,+Journal+manager,+sm2207154.pdf>
<https://psiquiatria.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022-Salud-Mental-y-Normalidad.pdf>
- Escordia Sandoval, J. M. De (2005). La Salud Mental en México. Distrito Federal: Congreso de la Unión. Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/dir/dps/DPS-ISS-03-05.pdf>
- IMCO. (2023). Ranking de profesionistas 2023. Obtenido de <https://imco.org.mx/comparacarreras/ranking/profesionistas/2023/1>
- IMSS. (2023). Programa Integral de Salud Mental 2021 - 2024. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- INEGI. (2023). Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Datos nacionales. Cdmx: INEGI.
- Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83). DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>
- Muñoz, P. (2008). El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan. *Anuario de Investigaciones*, 87-98.
- Organización Panamericana de la Salud (2023). Depresión. Obtenido de: <https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20caracteriza%20por%20una,durante%20al%20menos%20dos%20semanas.>
- Petra, I. (Junio de 2022). Concepto de Salud Mental y Normalidad. (F. de Medicina, Productor, & UNAM) Obtenido de:
- PNT. (Febrero de 2024). Portal Nacional de Transparencia. Obtenido de <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/home>
- Ríos Molina, A. (2011). La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría 1920-1944. Instituto de Investigaciones Históricas - UNAM.
- SSA. (2020). Modelo Mexicano de Salud Mental. Obtenido en: <https://www.gob.mx/>
- Ylla, L. (2010). Psiquiatría Dinámica. Historia y situación actual. Avances en salud mental relacional.