

# La salud mental: una materia pendiente para las políticas en salud

**Miranda-Lara Víctor R.**

Coordinación de Investigación en Salud, Servicios de Salud de Hidalgo.

## Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), una persona saludable es aquella que vive en un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta definición, que data de 1948,<sup>1</sup> se caracteriza por ser completamente ahistórica y acrítica; es decir, no da cuenta de las particularidades sociales, culturales e históricas del individuo, además de responsabilizarlo de sus condiciones particulares de salud.

## Dimensión del problema

A partir de los datos, la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), han considerado que los trastornos mentales anualmente provocan la pérdida de 12 mil millones de días de trabajo (equivalente a una pérdida de casi un billón de dólares para la economía mundial);<sup>2</sup> convirtiéndose en un serio problema tanto para la salud pública como a nivel económico.

México no es la excepción, pues el nivel de atención a la salud mental con el que cuenta no resuelve adecuadamente la situación. Algunas de las causas principales son: la falta de presupuesto, de capacitación a médicos de primer contacto, diagnósticos tardíos, ausencia de políticas públicas, insuficiencia de centros de atención especializados y estigma social hacia las enfermedades mentales. Además, con la pandemia de COVID-19, la cual generó una mayor necesidad de atención médica, los problemas de la salud mental aumentaron. De ahí la necesidad de construir nuevas estrategias y políticas que tiendan a resolver esta situación de manera efectiva.

Esta situación ha sido publicada en diversos medios de comunicación masiva, como periódicos donde se resalta que la demencia, que en 1950 la padecían cinco adultos mayores por cada 100 habitantes, en la actualidad la padecen 12, estimando una elevación para el 2050 de 23 por cada 100 adultos mayores con este trastorno.<sup>3</sup> Por esta razón se debe, además de resolver los problemas emergentes, planificar

propuestas a mediano y largo plazo para evitar que los sistemas de salud se vean sobrepasados.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2020, establece que en el país había 1'590,583 personas con algún problema o condición mental. De esta cifra, 37.9% (602,293), además de tener algún problema o condición mental, tienen alguna discapacidad, mientras que 16.6% (264,518) tienen algún problema, condición mental y alguna limitación.

Según un diario de circulación nacional, la Secretaría de Salud en 2018 reportó más de 2.6 millones de consultas en hospitales psiquiátricos, mientras que para 2022 se dieron 1.8 millones. Lo mismo reportaron las Unidades de Especialidades Médicas (UNEME): en 2018 se dieron más de 217 mil sesiones de psicología y para 2022 se dieron poco más de 151 mil;<sup>4</sup> no obstante, estos datos ponen de manifiesto que ante emergencias sanitarias no existen planes y estrategias funcionales.

## Modelos de atención

A lo largo del siglo XX se dio la transición de un modelo de atención basado en el trabajo terapéutico y el aislamiento del enfermo, que buscaba evitar la sensación de encierro, a un modelo de atención que recurría a una mayor profesionalización, lo que derivó en el modelo de granjas para enfermos mentales. Sin embargo, este modelo asilar sólo fue la prolongación de los manicomios que separarían más tarde la atención social de la médica, con el supuesto de la reintegración social de los enfermos; situación que no se cumplía en la realidad.<sup>5</sup>

De acuerdo a Mascayano y colaboradores, las actitudes y las creencias negativas de los profesionales hacia las personas con problemas de salud mental, se deben en parte al efecto de los prejuicios que la sociedad tiene, por ejemplo, las creencias que vinculan el trastorno mental con la agresividad, peligrosidad o incompetencia, así como la idea de que no existe posibilidad de recuperación.<sup>6</sup>

Por su parte, Juliá y colaboradores, establecen que se requiere de un cambio en la manera de abordar el problema de la salud mental, donde se incluyan los abordajes comunitarios en los que se realice una atención individualizada, humanizada y de aceptación a las condiciones subjetivas, sociales y espirituales, centradas en la persona y la familia.<sup>7</sup>

La OMS, en un informe sobre salud mental, reporta que en promedio, los países dedican menos del 2% de sus presupuestos de salud para la atención de los trastornos mentales; específicamente en los países de ingresos medianos, más del 70% del gasto en salud mental sigue destinándose a los hospitales psiquiátricos.<sup>8</sup> En ese sentido, Díaz y colaboradores<sup>9</sup> establecen que la gobernanza es un proceso clave para que el sistema de salud atienda los trastornos mentales de manera exitosa.

De manera particular, en la década de los 90, el Estado de Hidalgo fue un referente nacional en la transformación de la atención a la salud mental. El Modelo Hidalgo de salud mental marcó el inicio de una serie de cambios, acordes con la Norma Oficial Mexicana para la prestación de los servicios de Salud en unidades de atención hospitalaria médico-psiquiátrica desde 1994 (NOM-025-SSA-2-1994). Surgido inicialmente de las críticas al modelo asilar y no habiéndose separado totalmente de este, el nuevo modelo sí implementó diferencias importantes, como el establecimiento de casas habitación, donde los internos podían tener un sentido de pertenencia y libertad. Cabe anotar que este modelo continúa funcionando en el Hospital Villa Ocaranza, Hidalgo; sin embargo, a más de veinte años de su creación en el 2000, es necesario que se realicen ajustes con la intención de contribuir efectivamente a mejorar la salud mental de los internos y a lograr su reinserción social.

### Contexto internacional

A partir de la segunda mitad del siglo XX, países de Sudamérica (Colombia, Paraguay, Ecuador, Argentina, Uruguay, Brasil y Perú) elaboraron una política pública de salud mental en respuesta al contexto mundial, en el cual las organizaciones internacionales de salud (OPS/OMS) y los países empiezan a reconsiderar la salud mental como un derecho.

Posteriormente, en los inicios del siglo XXI, se promovieron algunas reformas en el campo de la salud mental y se estimuló el desarrollo de programas nacionales de salud mental modernizando la legislación. Así mismo, se dio protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.<sup>10</sup> Lo anterior, representa un avance en la forma en que los países tratan a las personas que padecen un trastorno mental, orientado siempre a evitar el estigma y la segregación para lograr una adecuada reinserción social.

Gómez<sup>8</sup> menciona que en América Latina sólo ocho países tienen una política nacional de salud mental. Respecto al acceso gratuito a los psicotrópicos esenciales, este registra un 57% de la población total. Y mientras en Cuba, El Salvador y Honduras, la cobertura de atención es total, en la región sólo es del 52%. Llama la atención que en la mayoría de los países evaluados por la OMS, no existe una línea de financiamiento específica para salud mental; por lo que aún falta mucho para lograr la igualdad y la garantía de respeto a los derechos humanos básicos.

A manera de ejemplo, en Perú se estima que anualmente una de cada cinco personas presenta síntomas de algún trastorno mental, de las cuales, sólo la quinta parte accede al sistema de servicios de salud. Por ello, desde hace medio siglo se promueve la implementación de modelos de Salud Mental Comunitaria.<sup>11</sup> Por su parte, Brasil estableció una amplia red de servicios de atención psicosocial repartidos por todo el territorio nacional, llamados Centros de Atención Psicosocial (CAPS), e implementó los Servicios Residenciales Terapéuticos;<sup>12</sup> ambos, evidencia del cambio en las políticas en salud mental, las cuales se han replicado en otros lugares, aunque cabe decirlo, sin lograr aún una cobertura total.

Por otra parte, en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 25, primer párrafo) se menciona que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; así como a los seguros en caso de enfermedad.

Igualmente, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre refiere que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad, y que los unos con los otros deben conducirse fraternalmente. Menciona también que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica y correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad (capítulo 1.º, Artículo XI).

Uno de los cambios en materia legislativa es el Artículo 15 de la Convención sobre el Derecho de las Personas con Discapacidad, el cual establece que ninguna persona será sometida a tortura, tratos crueles o experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.

En este sentido, diferentes países han creado estrategias para la inserción laboral de las personas con alguna discapacidad mental. Ejemplo de ello es Alemania, donde existen más de 600 empresas sociales y en cada una de sus plantillas de trabajadores del 25 al 50% tienen alguna discapacidad. De acuerdo con lo que establece Mascayano y colaboradores, en

países europeos como Italia, Bélgica, Reino Unido y Suecia, España, Finlandia, Portugal e Irlanda, las empresas sociales ofrecen salarios de mercado y puestos laborales permanentes para sus usuarios, partiendo del supuesto de que la actividad laboral conjunta entre personas con discapacidad y personas sin discapacidad mental estimula y facilita la integración social de los primeros, potenciando a su vez su desempeño laboral.<sup>13</sup>

En cuanto a América Latina, Argentina estableció en 2003 la inserción laboral de las personas en situación de discapacidad como asunto de Estado y creó la Dirección de Promoción de la Empleabilidad de Trabajadores con Discapacidad, con programas que enlazan a las instituciones gubernamentales y privadas. A pesar de los esfuerzos, no obstante, los índices de desempleo en esta población aún son elevados en comparación con el resto de la sociedad, pues sólo el 25% de quienes poseen una deficiencia mental crónica (posteriormente a un proceso de rehabilitación) encuentran empleo.<sup>14</sup>

Así mismo, en Chile existen varias instituciones que trabajan en la capacitación e inserción laboral de personas con discapacidad, ya que consideran que el individuo con problemas mentales puede aprender y mejorar su funcionamiento, lo que pone de relieve que las intervenciones deben estar dirigidas hacia una mayor autonomía e independencia.<sup>15</sup> Por su parte, en España, desde 2002, existe un colectivo para personas con enfermedad mental donde mantienen un proceso de formación. Sin embargo, como en otros casos, estas acciones no han sido suficientes y se necesita ampliar las redes de apoyo para lograr la inserción laboral.<sup>16</sup>

Aún cuando las experiencias internacionales antes descritas no han logrado un éxito rotundo en la inserción laboral de las personas con algún trastorno mental o discapacidad, sí resultan útiles y viables para establecer puntos de partida que lleven a México, y particularmente al estado de Hidalgo, a construir una política de vanguardia acorde a las necesidades de la sociedad actual.

### Contexto nacional

Como se mencionó anteriormente, y en concordancia con lo establecido por Saavedra y colaboradores,<sup>17</sup> el tratamiento para los trastornos mentales tiende a provocar significativas pérdidas económicas y sociales entre las poblaciones de diversos países; por lo que, una de las propuestas para disminuir este problema es integrar la salud mental en el primer nivel de atención, posibilitando de esta manera la detección temprana, la prevención y el tratamiento de algunos trastornos. Los trastornos mentales tienen una carga importante como enfermedad global a nivel mundial, sin embargo, tienen baja prioridad en atención en los sistemas de salud en la mayoría de los países.<sup>9</sup>

En México, en 18 leyes de salud mental estatales, se considera el internamiento involuntario como una opción de tratamiento. En Campeche, por ejemplo, es posible que la petición de internar a alguien en contra de su voluntad se lleve a cabo por "otra persona interesada"; es decir, no sólo a petición de profesionales de la salud, familiares o tutores. Por ello, resulta necesario unificar las legislaciones en los estados a lo que marca la Reforma federal.<sup>9</sup> En nuestro país se han llevado a cabo algunas acciones y modificaciones en este sentido, pero no han sido a la velocidad o a los requerimientos que reclama la sociedad.

Algunos estados con experiencias exitosas en sus leyes sobre la salud mental son la Ciudad de México, Guanajuato (a pesar de que sólo forma parte de la Ley General de Salud del Estado), Jalisco, San Luis Potosí y Sonora. La Ciudad de México, por ejemplo, cuenta con un avanzado programa operativo en el primer nivel, organizado en tres ejes: promoción de la salud mental, detección oportuna y atención médica psiquiátrica y psicológica, en los módulos de salud mental.<sup>18</sup>

Por su parte, Baja California, Campeche, Chihuahua, Coahuila, CDMX, Durango, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Yucatán y Zacatecas cuentan con leyes locales para atender la salud mental. Igualmente, Aguascalientes y Morelos cuentan con reglamentos en salud mental; y Tabasco tiene un Programa para la Atención de la Salud Mental. El resto de los estados no tienen legislaciones específicas.<sup>18</sup> Estas legislaciones estatales en salud mental muestran una diversidad de tendencias; sin embargo, todas coinciden en la necesidad de hacer frente al estigma y a la segregación de las personas con algún trastorno mental. Así mismo, todas establecen la necesidad de la inclusión social, de generar programas basados en evidencia científica y que sean profesionales capacitados los encargados de atender la salud mental.

En función del Programa de Acción en Salud Mental 2013-2018, emitido por la Secretaría de Salud en el Estado de Hidalgo, se reconoce la influencia que ejercen en la salud mental los factores sociales y las características del ambiente laboral.<sup>19</sup> Por ello, en el año 2022 culminó la transición de las Unidades de Especialidades Médicas en Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) a Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA), cuyo objetivo es atender los trastornos mentales comunes y los generados por consumo de sustancias, desde el primer nivel de atención y con base en las necesidades de cada grupo de edad, tomando en cuenta los determinantes sociales de la comunidad.<sup>20</sup> Estas acciones han permitido que, a diferencia de otros estados, Hidalgo tenga un programa más completo en la atención de este problema, ya que atiende también las adicciones.

Si bien la salud mental es parte del derecho de protección a la salud consagrado en la Constitución, también es, directa e indirectamente, parte de los Derechos Humanos, como lo es la igualdad y no discriminación, el derecho a la integridad personal y a no ser sometido a tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, por mencionar algunos. No obstante, aún cuando esta problemática está legislada, hace falta trabajar más en programas de psicoeducación, especialmente en las escuelas, para favorecer un cambio efectivo en el trato que se les da a las personas con un trastorno mental.

Según lo escrito en el Artículo 27 de la Ley General de Salud vigente, la atención de la salud mental es uno de los servicios básicos de salud. De igual forma, el Artículo 72 establece que la salud mental y la prevención de las adicciones tienen un carácter prioritario dentro de las políticas de salud y deberán brindarse conforme a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos, en un marco de acceso universal, igualitario y equitativo.

Por su parte, en el Artículo 72 Bis de la misma Ley, se establece que el propósito último de los servicios de salud mental es la recuperación y el bienestar, así como el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. Cabe señalar que estos servicios se deberán brindar de acuerdo con las necesidades individuales, pero también con un enfoque comunitario y en apego a los principios de interculturalidad, interdisciplinariedad, integralidad, intersectorialidad, perspectiva de género y participación social. En el Artículo 75 de esta misma Ley, se señala que el internamiento se debe realizar sólo como último recurso terapéutico y con pleno respeto de los derechos humanos.

Finalmente, en el estado de Hidalgo se tienen registrados cerca de 8,400 pacientes que cursan algún tipo de enfermedad mental. Existen 484 centros de salud, 87 núcleos básicos, 1 módulo de salud mental, 6 UNEMES-CAPA y 10 brigadas de Salud Mental. Así mismo, hay 2 unidades de atención residencial de adicciones (CEAIA y CAIA) y cuenta con 8 hospitales con servicio de psicología. El Hospital General de

Pachuca cuenta con servicio de psiquiatría y el Hospital de Villa Ocaranza.<sup>20</sup> Cabe resaltar que, de acuerdo con lo que establece Gómez,<sup>8</sup> el Modelo Hidalgo tiene como antecedente mundial a Italia, representado principalmente por la experiencia de Trieste, uno de los principales lugares donde se gestó la Reforma Psiquiátrica a partir de la elaboración y promulgación en 1977 de la Ley 180, la cual asume la necesidad de cerrar los manicomios y crear un sistema de servicios alternativos en la comunidad.

### Conclusión

A partir de lo mencionado anteriormente, se tiene que en materia de salud mental aún falta mucho por hacer para mejorar el servicio y ampliar la cobertura. De ahí que sea necesario e indispensable modificar políticas, aumentar la infraestructura y elevar la contratación de personal especializado.

El estado de Hidalgo fue en su momento un referente de atención a la salud mental en el país; no obstante, hoy en día ha quedado rebasado. Por ello, es necesario generar nuevas propuestas acordes a las condiciones socioculturales de la población (con énfasis en la medicina basada en evidencias), para poder atender eficazmente las patologías más dominantes. Así mismo, las leyes y las políticas en salud mental en varios estados de la república mexicana, deben estar encaminadas a disminuir y erradicar los prejuicios y estigmas sociales que aún sigue padeciendo este sector poblacional.

También hace falta incrementar estudios y proyectos de investigación donde, a partir de la evidencia científica lograda en otros estudios, se generen estrategias de intervención en salud mental acordes a la población, respetando siempre sus derechos, la diversidad cultural, la historia y su identidad. Todo ello, con un enfoque comunitario y dirigido a las poblaciones más vulnerables.

La idea es mirar hacia el futuro y que se vayan construyendo estrategias para atender los problemas más graves y urgentes de la salud mental, tales como la depresión, el suicidio, las adicciones o el envejecimiento, pues finalmente, en la época actual, todos estamos expuestos.

### Referencias

1. Herrero JS. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. [Internet]. 2016 Ago [citado 2023 Jul 21]; 10(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es)
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. Datos y cifras. Con acceso [16 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. Toche N. Ausencia de políticas públicas en México generan rezago en la atención mental. El Economista. 2023. Acceso [04 diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Ausencia-de-politicas-publicas-en-Mexico-generan-rezago-en-la-atencion-mental-20230424-0112.html>

4. Castañeda, A. Salud mental en rezago y ahora con desabasto. El Sol de México. 2023. Con acceso: [04 diciembre 23]. Disponible en: <https://www.elsoldemexico.com.mx/analisis/salud-mental-en-rezago-y-ahora-con-desabasto-9783173.html>
5. Sacristán MC. Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. *Salud Mental*. 2003; 26(3):57-65.
6. Mascayano TF, Lips CW, Mena PC, Manchego SC. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*. 2015; 38(1): 53-58.
7. Juliá-Sanchisa R, Aguilera-Serranob C, Megías-Lizancosc F, Martínez-Rierad JR. Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. *Informe SESPAS. Gac Sanit*. 2020; 34 (S1): 81 – 8.
8. Gómez BR. La salud mental como una prioridad en la agenda de la Salud Pública. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 2016; 4(8). DOI: <https://doi.org/10.29057/icsa.v4i8.276>
9. Díaz-Castro L, Arredondo A, Pelcastre-Villafuerte BE, Hufty M. Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gac Sanit*. 2017; 31(4):305-312.
10. Barcala A, Botto M, Poverene L, Augsburg C, Gerlero S, Saadi V, Nuñez AG, Michalewicz A. Hacia la Promoción de la Salud. 2022; 27:102-117.
11. Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019; 36(2): 326 - 33.
12. Tavares CM. Perspectivas para la política de salud mental en Brasil. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):00184619
13. Mascayano T, Lips CW, Moreno A JM. Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Salud Mental*, 2013; 36(2):159-165.
14. Paz-Maldonado E, Silva-Peña I. Inserción laboral de personas en situación de discapacidad en América Latina. *Saúde e Sociedade*. 2021; e190724.
15. Díaz D, Chacón S. Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: análisis desde una institución de apoyo. *Revista de psicología*. 2006; 15: 27-55.
16. Barroso TF. Claves en la inserción laboral de personas con enfermedad mental. *Zerbitzuan*. 2008; 115-125.
17. Saavedra SN, Berenzon GS, Galván RJ. Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Aten Primaria*. 2016; 48(4):258-264.
18. Madrigal de LE. Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud mental*. 2016; 39(4): 235-237.
19. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Atención psiquiátrica. Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018. México. 2014; Con acceso [04 noviembre 2023]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/317956/Programa\\_de\\_Accion\\_Especifico\\_SAP\\_2013-2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/317956/Programa_de_Accion_Especifico_SAP_2013-2018.pdf)
20. Secretaría de Salud. Diagnóstico de Salud 2023. Hospital Villa Ocaranza. Tolcayuca. Marzo 2023.