

T  
769

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION  
ARCHIVO HISTORICO

104370

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

---

UNIDAD XOCHIMILCO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

**LA SALUD MENTAL EN MÉXICO Y EN EL MUNDO.  
UNA MANERA DE DARLE VOZ A LA LOCURA**

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
**MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL**

PRESENTA

**EUGENIA VILAR PEYRÍ**

MÉXICO D.F.

FEBRERO DE 2006

**A mis padres**

**A mis hijos**

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. PANORAMA DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO Y EN EL MUNDO	22
II. LOS NIÑOS Y LOS JÓVENES	40
III. LA VIOLENCIA	49
IV. LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	60
V. LOS ANCIANOS	69
VI. LAS MIGRACIONES Y LOS DESPLAZAMIENTOS	78
VII. EL ABUSO DE SUSTANCIAS	38
VIII. EL SUICIDIO	99
IX. LA RESPUESTA PÚBLICA	109
X. EL ESTADO	143
XI. REFLEXIONES FINALES	164
XII. BIBLIOGRAFÍA	166

## INTRODUCCIÓN

*Ver a un semejante es ver vivir a alguien  
que vive como yo, que está en la vida a mi manera.  
Sólo él puede ser sentido en esta implicación  
de la envidia, porque sólo él puede estar  
implicado en mi vida. Y es que al ver al semejante  
no le vemos objetivamente en el espacio  
físico, sino que siento su vida en mi vida. Ver  
adecuadamente al semejante es la prueba suprema de la visión.*

*María Zambrano*

---

El acceso al conocimiento de la vida es parte de la belleza de la vida; la imposibilidad de acceder a él no es intrínseca a la vida misma, sino que proviene de aquél que pretende conocerla. Maturana (s/f) dice: *The beauty of life is not a gift of its inaccessibility to our understanding*<sup>1</sup> y así es como quisiera iniciar para intentar entender qué es la locura, cómo se genera, por qué se le excluye y qué es lo que nos corresponde hacer ante ella. Darle la palabra a la locura, mostrarla en su magnitud y severidad puede ser una manera de por lo menos aceptar la corresponsabilidad. Quizás no se trate nada más de conocerla, quizás no basta con denunciarla, quizás hay que enfrentarse, reconocernos en ella para entonces empezar a caminar las múltiples vías poco precisas de acción. Espero que por lo menos los esfuerzos inmediatos de este trabajo lleven en esa dirección.

El acto de conocer tiene su origen en el orden de lo biológico, según Maturana, en tanto es en este dominio –el cognitivo– donde se establecen “...todas las interacciones en las cuales puede entrar un sistema autopoietico sin perder su propia identidad...” (Maturana s/f:119). Esto es, todas las relaciones que establece un organismo para mantener su organización, para mantener la vida, implican un conocimiento de cómo establecer dichas relaciones, de cómo modificar, transformar y deformar su propia estructura sin la pérdida de la autopoiesis, de los referentes propios para la conservación de la vida. Conocer, por tanto, es mantener la vida. Los organismos más sencillos llevan a cabo relaciones más sencillas, los organismos más complejos requieren de un conocimiento más sofisticado para lograr sobrevivir: por ello son más frágiles. Cuando no es posible establecer relaciones, cuando no es posible modificar, transformar o deformar la estructura de una organización, la autopoiesis se pierde y sobreviene la desaparición del organismo: la muerte o la enfermedad. Así es como se establecen las relaciones de un organismo con el exterior, así es como se crea el conocimiento de cómo sobrevivir en un medio ambiente.

Cuando el organismo viviente es un sujeto humano, un sujeto con sistema nervioso central, éste es capaz de crear el dominio del lenguaje:

...si los organismos interactuantes como sistemas dinámicos tienen estructuras que varían continuamente, y si éstos seleccionan recíprocamente en cada uno de ellos sus respectivas vías de cambio de su estructura ontogénica a través de sus interacciones sin pérdida de la autopoiesis, entonces generan, como un dominio en expansión o recurrente de interacciones comunicativas, ontogénias trabadas que constituyen, juntas, un dominio que dispara mutuamente conductas consensuales que se especifican mientras se generan. Este dominio consensual de interacciones comunicativas...es un dominio lingüístico. (Maturana s/f:120)

Este dominio lingüístico, este lenguaje, posibilita la creación de representaciones de las interacciones; es decir, crear referentes cuyo significado está validado social y culturalmente. Siendo así, el medio en el cual el hombre se relaciona con su colectividad, con su medio, dependerá de esos referentes que se

---

<sup>1</sup> La belleza de la vida no es un regalo inaccesible a nuestro conocimiento.

modificarán, transformarán y deformarán para conservar la organización, la vida. Si los referentes cambian, si se pierden, si se ocultan, si se pierde la memoria, si no es posible re-conocerse en el medio, necesariamente sobrevendrá la muerte.

Cuando las relaciones necesarias para conservar la autopoiesis, la organización, la integridad de la vida se pierden; cuando las interacciones en las que entra un sujeto no le permiten conservar su identidad, la vida se desorganiza, el sujeto se enferma o muere. Cuando este sujeto no conoce los límites de su organización y no puede modificarse, transformarse o deformarse para conservarla, este sujeto enferma o muere. Cuando los referentes que puede crear no fueron validados social y culturalmente, este sujeto enferma o muere. El loco, el enfermo mental<sup>2</sup> parece ser este tipo de sujeto. El que establece relaciones con una realidad inexistente y que por lo tanto no se regeneran los componentes de su organización ni se da paso a la red de procesos que los producen; es decir, se destruye la autopoiesis: sobreviene la enfermedad o la quiebra total de la organización. Desorganización es no vida, es locura. El loco *falla* al intentar establecer relaciones con una realidad que ha creado porque no puede convivir con la realidad real o como diría el que más conoció las entrañas del desquicio, de la sinrazón, Freud(1973:2746):

...la psicosis tiende también a compensar la pérdida de la realidad, pero no a costa de una limitación del *yo*, como en la neurosis a costa de la relación con la realidad, sino por otro camino mucho más independiente; esto es, mediante la creación de una nueva realidad exenta de los motivos de disgusto que la anterior ofrecía.

También Savater (1991:156) considera de esta manera a aquel que no realiza la vida, como el más frágil de los sujetos:

Lo que suele llamarse "loco" es en realidad un egocéntrico desdichado, alguien que ha tenido poco acierto o mala suerte en esa tarea de hacerse querer por los otros en la que todos estamos empeñados: no siempre, por cierto, la culpa es exclusivamente suya.

Pero el loco, pareciera ser, no es que no haya podido establecer las relaciones adecuadas por falta de conocimiento, más bien lo que se desprende de lo que dicen Freud y Savater es que conocieron la realidad y prefirieron otra que creyeron menos dolorosa o bien tuvieron "poco acierto o mala suerte en esa tarea".

Entonces quizás hay que pensar que ese conocimiento no fue aquel que ofrece la vida como un don (*gift*), éste siempre es posible conocerlo. Ese conocimiento, el del loco, proviene -tal vez- de que los referentes lingüísticos, los

---

<sup>2</sup> Savater (1991:156) dice que "No hay 'enfermedades mentales' en el sentido en que las hay del hígado o del corazón; o se trata de algún tipo de lesión orgánica con repercusiones en la conducta o no son 'enfermedades' más que por una peligrosa facilidad del lenguaje."; sin embargo, la sociedad cae en esas facilidades del lenguaje y considera que es más *científico* y menos despectivo llamar enfermo mental al loco. Pareciera que esta palabra le afecta a su razón.

que valida la sociedad y la cultura, fueron borrados, escindidos. Los suyos, los delirios, no los valida nadie, han sido silenciados por la ciencia.

Pero no podemos dejar de pensar que en la locura hay un conocimiento, un conocimiento que la *ciencia* se ha encargado de anular. No le es posible reconocer que el loco sabe más de su padecimiento, de su sufrimiento, que todos los discursos científicos juntos.

El discurso médico en tanto que científico, es inaccesible al enfermo. El orden impuesto a los cuerpos, la represión de esta anomalía corporal que constituye la enfermedad, pasa por este distanciamiento operado por el solo hecho de que la ciencia crea al especialista, es decir, excluye la palabra del sujeto. (Chauvenet, 1980:48)

Darle la palabra al sujeto enfermo sería tanto como dar cabida a otros referentes, establecer un diálogo con el otro, el diferente y, entonces, perder el poder que da la especialidad y reconocer que la CIENCIA solamente es un modo *más* de explicar la realidad, que no existe una razón única válida, que no existe la universalidad. Sin embargo, la ciencia de hoy solamente reconoce que las condiciones de validación están dadas por los referentes científicos específicos, fuera de ellos, de los pares, no hay validación posible.

La palabra científica se convierte en poder cuando accede al estatus de Verdad. Y en ese momento, es, en efecto, socialmente incontrolable. Lo es, sobre todo, para aquellos a los cuales debe dirigirse. En realidad, no es un medio de comunicación; su mismo estatus científico la excluye de la comprensión. Simplemente, es compartida por el círculo de los Pares. Por no ser objeto de intercambios ni de comunicación, la palabra científica médica se transforma en un discurso cerrado, en un discurso para sí misma. (Chauvenet, 1980:49)

Ahora bien, si el científico fuera capaz de comprender que "...la forma en la que los seres humanos le damos una validez de facto a nuestras acciones en la vida diaria sin ningún dominio operacional, requiere de las mismas coherencias operacionales que el criterio de validación de las explicaciones científicas" (Maturana, 1995:79), si fuera capaz de esto y de darle *validez* a la palabra de la locura, al delirio; si la pudiera reconocer como un conocimiento abortado, quizás, con "poco acierto o mala suerte", pero conocimiento al fin, quizás la ciencia se podría acercar a la locura, comprenderla y explicarla.

Se podría pensar inclusive que el loco crea *su* realidad llevando a cabo, de manera aberrante, las cuatro operaciones que, según Maturana, validan una explicación: a) hacer una experiencia, b) reformularla en la forma de un "mecanismo generativo", c) volver a la experiencia y crear nuevos referentes y d) tener una nueva experiencia volviendo a la experiencia. Este sujeto que ahora ha caído, ha fallado y ha maltratado su organización de tal manera que ya *debe* ser excluido, segregado y desconocido tuvo experiencias con las cuales estableció ciertas relaciones con el fin de autoproducirse; sin embargo, la operación falló y reformuló las experiencias creando "una nueva realidad exenta de los motivos de

disgusto que la anterior ofrecía” a través de “mecanismos generativos” que generan -en última instancia- nuevas experiencias aunque tal reformulación no sea del todo feliz; ahora vuelve a las experiencias pasadas y como no las reconoce, crea referentes que ya no van acordes con *la* realidad real, son solamente *sus* referentes, los de *su* realidad. Al iniciar nuevas experiencias serán estos referentes de *su* realidad creada los que le *servirán* para intentar autoproducirse; como resultado obtendrá la producción de su misma locura, de esa realidad con referentes aberrantes que no encuentran validación social ni cultural.

Sin embargo, si Maturana es capaz de decir que

La sabiduría se engendra en el respeto por los demás, en el reconocimiento de que el poder surge a través de la sumisión y la pérdida de la dignidad, en el reconocimiento de que el amor es la emoción que constituye la coexistencia social, la honestidad y la confianza, y en el reconocimiento de que el mundo que vivimos es siempre, e inevitablemente, lo que hacemos de él (Maturana, 1995:100)

entonces, amparada en lo que él también llama “la pasión por explicar”, me he atrevido a aventurarme en sus argumentos con el fin de intentar explicar qué es la locura y cómo puede ser posible entablar un diálogo con ella con el fin de comprender a tantos sujetos que la padece en la exclusión por el simple hecho de haber tenido “poco acierto o mala suerte en esa tarea de hacerse querer por los otros en la que todos estamos empeñados” cuando “no siempre, por cierto, la culpa es exclusivamente suya” sino de todos los que no han querido establecer ese diálogo con tolerancia y democracia.

Alfredo murió la semana pasada en Puerto Vallarta. El parte médico informó: infarto masivo al miocardio. El diagnóstico de vida asienta otra cosa: la muerte se debió a la ausencia de muros, a la presencia del afecto. Tenía 53 años, 30 de los cuales había permanecido encerrado en hospitales psiquiátricos, sometido a todo tipo de terapias, generalmente mareado y confundido por el efecto de los medicamentos. Tenía familia pero sólo le llamaban por teléfono de vez en cuando. Hace apenas dos meses conoció a los González; Alfredo les cayó en gracia, se encariñaron con él y lo invitaron a pasar unos días con ellos a la orilla del mar. La historia psiquiatrizada, la cronificación sin remedio de la esquizofrenia paranoide que le fue diagnosticada hace tres décadas, no pudieron contender con la felicidad y el corazón se le inflamó y prefirió detenerse para siempre. Fue, a final de cuentas, más afortunado que los que mueren en los manicomios, solos y abandonados.

Al otro lado del mundo, en España, Francisco murió también la semana pasada. Su madre lo mató enterrándole un cuchillo en el corazón; ella se suicidó enseguida ahogándose en el mar. Medía casi dos metros y pesaba más de 100 kilos. Padecía ataques espantosos de furia que nadie podía controlar. Los vecinos estaban aterrados, los padres sufrían lo indecible. Ni 100 pastillas diarias de algún antipsicótico lograban controlar a ese muchacho de apenas 20 años. Querían internarlo pero en el hospital psiquiátrico de la provincia no lo aceptaban en tanto los médicos consideraban que los enfermos mentales se convertían en crónicos si

se les hospitalizaba y que la vida en la comunidad habría de hacerle bien. Quizás también Francisco fue afortunado.

Alicia no tiene que imaginar cómo es el infierno: lo ha vivido. La mitad de su existencia –apenas 32 años- la ha pasado entre bofetadas y golpes de su pareja. Un día, no aguantó más y por primera vez se defendió. Ella fue valiente y se convirtió en una sobreviviente.

La semana pasada o hace un mes o ahora mismo, en cualquier lugar del mundo y de nuestro país, un hombre cualquiera mató a golpes a su mujer; otro, violó a una niña. Una mujer se suicidó tirándose al paso del metro abrumada por la depresión y sin ninguna otra oportunidad de sobrevivir. Un joven sufrió un paro cardíaco por una sobredosis, sus amigos no pudieron ayudarlo porque estaban en otra dimensión, ahogados en drogas y alcohol. Una mujer vive con un horror casi catatónico la muerte sus hijos: no tuvo con qué curarlos y alimentarlos. Ella y sus coterráneos han tenido que huir de su pueblo ante la amenaza de la guerra. Un hombre mató a dos niños al tirarles encima su camioneta enojado porque no lo dejaban estacionarse frente a su taller mecánico. Un padre de familia no puede ir a trabajar, la depresión lo tiene atado a la cama desde hace casi un mes; lo más seguro es que ya lo hayan despedido pero ni eso lo hace reaccionar. Unos ancianos viven arrumbados como basura en un asilo, el noticiero dijo que no se daban cuenta, estaban tan dementes que vivían felices.

La locura (enfermedad, trastorno o desorden mental<sup>3</sup>) tiene relación directa o indirecta con una gran cantidad de *actores sociales*<sup>4</sup> que conviven tanto en la vida *normal* o *sana* como en la vida de la enfermedad. Sus actividades y prácticas se interrelacionan íntimamente dando por resultado un estado de cosas que convierten a la locura en un terreno que parecería de nadie pero que impide, a final de cuentas, la posibilidad de la rehabilitación y la reinserción social.

La locura se interrelaciona con la práctica médica, comprendida ésta tanto como respuesta social ante la enfermedad como en la medida en que al formar parte del campo de acción de la medicina comporta la necesidad de la intervención curativa. La medicalización de la locura y sus consecuencias se caracteriza en las siguientes líneas:

La locura es un peligro temible precisamente porque no es previsible por ninguna de las personas de buen sentido que pretenden poder conocer la locura. Sólo un médico puede percibirla. Y así tenemos la locura convertida en objeto exclusivo del médico, cuyo derecho de intervención se ve al mismo tiempo fundado. (Foucault citado por Savater, 1991: 158)

---

<sup>3</sup> “La psicosis (forma genérica de la locura formalizada por la psiquiatría) [que] representa un dilema cívico-jurídico para el ordenamiento social surgido con la revolución burguesa, con la revolución democrática” (Desviat, 2000:58) es concebida por la psiquiatría como enfermedad, trastorno o desorden circunscribiéndola, por un lado, al ámbito exclusivo de la medicina y por el otro aislándola del contexto social, económico y político.

<sup>4</sup> Concepto que pretende trascender el concepto de clase social introduciendo un mayor número de *personajes* en la trama social en donde las relaciones, además de tramarse desde la economía, implican a la intersubjetividad y a lo colectivo: “La acción colectiva es la génesis del vínculo social” (Lapierre, 2003:25). Me refiero a vínculo como la relación intersubjetiva en donde se entrelazan dos sujetos y el otro como ente social.

La medicina tiende un cerco exclusivo alrededor del loco y legitima, a través de su ejercicio, innumerables prácticas tanto del propio quehacer médico como de otros campos, entre los que podemos reconocer especialmente a la jurisprudencia y las leyes que controlan la vida y capacidad de decisión de estos sujetos peligrosos.

...lo que se impone (entonces) es una muy determinada y discutible idea de salud, a la que el individuo debe plegarse por razones *científicas* y o meramente de orden público o de control, como en tantas ocasiones sucede realmente. Los ejemplos más notables de áreas en las que la asistencia médica no solicitada se ejerce con legitimaciones muy dudosas son sin duda las de la enfermedad mental y la de la droga. (Savater, 1991:155)

En este mismo sentido, también existe una íntima relación entre la institucionalización de la enfermedad y las implicaciones que la hospitalización tiene en el curso que ésta tome. Esa práctica médica que resguarda a la sociedad del peligro de la locura ha decretado una serie de medidas de cautela y protección que remiten indefectiblemente al loco a un encierro clausurante que lo segrega y le escotomiza la capacidad de decidir sobre su futuro y el de su padecimiento.

Asimismo, las políticas de salud y, por lo tanto, el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones alrededor de la locura se entrelazan con la práctica médica, la institucionalización, la jurisprudencia y las leyes y a su amparo llegan inclusive a desconocerla o a destinar los mínimos recursos para su atención, limitándola y segregándola de nuevo.

De este modo, la locura convoca al personal y a las instituciones de salud, a los políticos y a los gobiernos, a legisladores y organizaciones preocupadas por el destino de aquéllos que la padecen.

Pero la locura también se imbrica con la vida cotidiana de cualquier sociedad; las familias sobrellevan inmensas cargas para contender con condiciones cada vez más deterioradas; a final de cuentas son ellas las que han paliado –con creces– la crisis del sistema: todos sus miembros, de alguna manera, han tenido que emplearse abandonando juegos y sueños, expectativas y deseos. Las mujeres trabajan en condiciones generalmente desventajosas pero siempre con la presión de la culpa de abandonar a sus hijos; sufren de profundas depresiones pero las achacan a su vivir fuera de lo esperado. Sobre sus espaldas caen los abusos, las enfermedades de la familia, la escasez de todo, los desalojos, la soledad, la violencia por parte de sus compañeros desesperados y enloquecidos. Los jóvenes están desilusionados, sin horizontes ciertos anhelan llegar a ser algún remoto día, por arte de magia, exitosos como los modelos que les transmiten los poderosos medios de comunicación; intuyen que el mundo tendría que ser diferente pero ante la falta de incentivos y espacios pertinentes o claudican o se refugian en las drogas y la delincuencia; pocos son los que optan por la lucha. Los hombres ven día a día que su ingreso no alcanza para sostener a su familia, que la enfermedad diezma a su prole, que los puestos de trabajo desaparecen y deben emplearse o subemplearse realizando actividades que les roban la poca dignidad que les resta; muchos se conforman, algunos toman el

camino cada vez más riesgoso de traspasar las fronteras de los países industrializados, otros más se abandonan en el alcohol. Los ancianos sobran, sobran siempre, en todas partes. Muchos niños y niñas, los que logran sobrevivir, deben olvidarse de los juegos para ingresar en el mundo del trabajo, en el del vicio, la corrupción, el abandono de la calle; cada día son más los que deben crecer en campamentos de refugiados, huyendo de guerras civiles, de tierras estériles. Este panorama desolador se encuentra en los países de bajos ingresos pero está ya presente –también– en el llamado primer mundo. Allí afloran de nuevo reacciones racistas, bandas de jóvenes adictos a drogas cada vez más destructivas, la delincuencia y la violencia sin límites, aunque con otros tintes, también campea por sus calles. Las guerras civiles, los fascismos revividos, el tedio, la falta de oportunidades son los flagelos neoliberales que como bumerang se revierten contra el mundo supuestamente desarrollado. La vida cotidiana de millones y millones de habitantes de este planeta se encuentra en el borde de la locura, si no es que sumergida en ella, conviviendo día a día con el riesgo y la amenaza de *perder la razón*, de enloquecer como refugio ante la impotencia y la desesperanza. Freud concebía a la psicosis o locura como la “creación de una nueva realidad exenta de los motivos de disgusto que la anterior ofrecía”; si la realidad inmediata, la de la vida diaria es tan inhibidora, tan amenazante, tan devastadora, tan desesperanzadora y ofrece tan pocas opciones pareciera que no resta más que huir de ella, aún con el riesgo del sufrimiento tremendo y profundo, para construir otra realidad, aunque sea ilusoria, alucinante, discapacitante, nihilista y mortífera.

Asimismo, tanto el sentido común como el buen sentido<sup>5</sup> tienen multitud de elementos que aportan a la comprensión o incomprensión de la locura, a su estigmatización, compasión, enfrentamiento, asistencia, atención, tratamiento y rehabilitación.

Para hacer frente a la locura, tanto para prevenirla como para tratarla, así como para emprender la tarea de rehabilitar a los que la padecen y reincorporarlos a una vida digna, se requiere que todos los actores antes mencionados confluyan y coincidan tanto en sus concepciones generales y particulares como en la direccionalidad e intención de sus acciones.

El análisis de la salud mental en México que se impone y debe realizarse necesariamente implica revisar los diversos campos en los que se encuentran estos *actores*: el campo de la medicina y la ciencia, de la política, de la ley, del hombre y la mujer de la calle, con el fin de conocer en qué medida confluyen y coinciden sus concepciones generales y particulares y, así como mencionaba antes, la direccionalidad e intención de sus acciones.

Debemos partir del presupuesto de que actualmente todos los *actores* se encuentran, con intención o sin ella, en un punto que no posibilita ni la prevención, ni el tratamiento y mucho menos la rehabilitación. Su punto de coincidencia apunta

---

<sup>5</sup> Tanto “sentido común” como “buen sentido” están considerados en el sentido que les da Antonio Gramsci a estos términos: “Referirse al sentido común como una prueba de verdad es una falta de sentido...es un concepto equivocado, contradictorio, multiforme.” (Cerroni, 1981:84). El “buen sentido”, por el contrario, contiene el concepto científico y representa una “prueba de verdad” la cual -necesariamente- estará históricamente determinada.

más bien hacia el ocultamiento, el rechazo, el estigma, el menosprecio, el abandono; el problema no es contemplado en su dimensión real, su importancia no recibe la necesaria atención, no se establecen las relaciones que la locura tiene con muchos de los problemas sociales que viven las ciudades y el campo de nuestro país, es aislada y reducida solamente a su aspecto puramente patológico recibiendo un tratamiento de entidad circunscrita a los hospitales y los fármacos.

Desde el punto de vista histórico la locura no ha abandonado, en última instancia, los espacios en los que se la recluyó en los tiempos de la Colonia: la reclusión y el abandono de una gran cantidad de dementes son aún hoy lugares comunes en nuestro país. A pesar de que se han llevado a cabo algunas mejoras más formales que de fondo en los grandes establecimientos de la capital, en los estados prevalece la miseria y lo siniestro de los antiguos asilos coloniales.

En el ámbito de la legislación, la Norma Oficial, vigente desde 1996, representa un avance minúsculo en tanto, si bien se ocupa de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos hospitalizados o *usuarios* de los servicios de salud, no toca el fondo esencial del problema: la práctica psiquiátrica, la concepción biologicista de la enfermedad mental, el tratamiento medicalizado; evade completamente los factores sociales, culturales, económicos y políticos que sin ser los únicos desencadenantes de la locura, por lo menos la profundizan y la destierran al abandono; no contempla la posibilidad de otros tratamientos y rechaza la clausura de los grandes hospitales en aras de una rehabilitación comunitaria. Ni qué decir, por otro lado, de una posible legislación para aquellos locos que no se encuentran hospitalizados. Allí pareciera que la locura no existe: el que está fuera de las instituciones psiquiátricas resulta automáticamente sano.

El terreno de la filosofía también aporta importantes elementos para reconocer la imposibilidad de la coincidencia para la atención positiva de la locura. La ética, como búsqueda de hacer mejores personas, ilustra hasta qué punto la locura es materia de su quehacer. Savater dice al respecto:

La enfermedad mental ¿se trata de un trastorno que no puede ser afrontado más que desde la patología y la terapia o tiene una raíz quizá no distante de aquello que más preocupa a la ética, a saber, la libertad y el mal? (Savater, 1991:275)

De qué manera se coarta la libertad del loco, de qué manera se le cercena la capacidad de elegir, la posibilidad de poseer una identidad, un sentido de responsabilidad, son a final de cuentas problemas éticos que es necesario abordar para descubrir una explicación. Más aún, es necesario profundizar en los valores éticos que prevalecen en nuestra sociedad: la falta de solidaridad, el individualismo, la soledad extrema, la miseria, etcétera que inciden definitivamente en la salud mental de los que habitamos las grandes ciudades y en el campo desolado, para cerciorarnos de que el futuro de la salud mental requiere de cambios esenciales y amplios que abarquen espacios más allá de la medicina, los fármacos y los hospitales psiquiátricos atajados por las normas oficiales.

El análisis de las políticas de salud, las prioridades y decisiones que se toman en las esferas gubernamentales, así como el conocimiento del estado que guardan actualmente las instituciones psiquiátricas del país, son fundamentales

para lograr esa aproximación necesaria para comprender el por qué en México no se está respondiendo de manera eficaz, ni siquiera inteligente, a una situación que a todas luces se ha convertido en un problema de salud pública. Cuando en el resto del mundo las señales de alarma se encuentran encendidas, en nuestro país, en el último reporte de Funsalud (Nigenda y Knaul, 2003), no aparece la locura como un problema a resolver con algún grado de priorización. Mucho menos, por lo tanto, se considera que gran parte de los grandes problemas sociales que hoy aquejan a la sociedad: violencia, suicidio, migraciones de refugiados, represión, etcétera, tienen relación -a veces totalmente directa- con la salud mental de la población.

En este mismo sentido, en la práctica médica directa, aquella que se lleva a cabo cotidianamente tanto en los hospitales y clínicas psiquiátricas, como en la consulta general y en la enseñanza de las profesiones relacionadas con la salud, la locura mantiene el rango de enfermedad, compartiendo de esta manera con las enfermedades físicas el embate del modelo médico hegemónico. La locura, como puramente daño biológico -susceptible de tratamientos que las más de las veces atentan inclusive contra la integridad del sujeto- continúa siendo aislada, recluida, segregada a encierros clausurantes o a destinos ligados eternamente a neurolépticos que deparan vidas a medias a los que los soportan.

Los psiquiatras tradicionales han descubierto de la mano de los nuevos y caros neurolépticos, la psicosis y la rehabilitación, que reduce a intervenciones con familias (inducen al consumo) y caras y sudosas campañas contra el estigma de la esquizofrenia, sin abandonar sus prácticas de abandono de los psicóticos en las salas del hospital general o en el hospital psiquiátrico. La cronicidad psicótica es pesada y te compromete, estamos en una época que adora los *light* y la falta de compromiso (Desviat, 2000:63)

En los grandes Institutos de investigación psiquiátrica se experimenta con la locura como se haría con una máquina y se llega a resultados estadísticos que poco impactan al establecimiento de prioridades en las políticas de salud y en la toma de decisiones gubernamentales. Los estudios epidemiológicos adolecen de malos registros como sucede con todos los que se realizan en el país a lo que se añade el estigma y la desinformación que existe en este campo alterándose tanto los datos que muchas veces resulta imposible descifrar el real estado de salud mental de cualquier población que interese conocer.

Ahora bien, cualquier acción que se quisiera emprender desde la práctica médica, desde el gobierno y la legislación, necesariamente tendría que contar - para poder tener un mínimo de eficacia- con la solidaria y convencida colaboración de la sociedad en general. Hasta el día de hoy la sociedad ha respondido a la problemática de la locura de manera sumamente aislada y local; algunas organizaciones civiles han emprendido acciones para la defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales que han caído en actividades asistenciales que pronto son cooptadas o eliminadas por la vía de la descalificación; otras, más combativas, han logrado incidir más directamente en la legislación interna de los hospitales psiquiátricos e inclusive en las normas oficiales pero su acción continúa

siendo limitada y la mayoría de las veces no impacta al resto de la sociedad. Existen algunos grupos de autoayuda que intentan retomar en sus manos la atención que les es negada en las instituciones de salud. Estos grupos tampoco rebasan el estrecho límite de los que a ellos asisten; esto es, la sociedad se mantiene al margen de la locura aunque conviva con ella cotidianamente, o bien aprueba y solapa, aunque sea inconscientemente, las acciones u omisiones que se llevan a cabo en los hospitales psiquiátricos compartiendo las opiniones de que la locura es incurable y peligrosa, que debe estar encerrada. Este problema es necesario abordarlo desde varios puntos de vista (medios de comunicación, sus contenidos y mensajes, entrevistas a profundidad con personajes clave de la sociedad para conocer las concepciones acerca de la locura que son prevalecientes, encuestas de opinión con el fin de llegar a lo que la gente de la calle piensa y siente acerca de la locura, etcétera). Todo esto con el fin de poder determinar por qué sucede así y cómo intentar superarlo para lograr la implicación más directa de todos en este problema de todos.

Enfrentarse a la locura, intentar tomarla como *objeto de estudio*, implica sumergirse en aguas profundas y revueltas, en donde la mirada, la escucha, la subjetividad, la implicación, la teoría, la práctica, los datos, los discursos manifiestos y latentes, aquéllos que justifican y aquéllos que denuncian, no siempre encuentran, no siempre saben qué buscar.

La Locura, con mayúsculas, la institución de la pérdida de la cordura y la racionalidad, impregna con su desorientación todos los espacios, los nuevos y los viejos, los innovadores y los que arrastran tras de sí toda la historia. ¿Qué es lo sensato? ¿Dónde está la racionalidad de la ciencia que nos permita dilucidar qué es la locura? ¿Acaso lo racional es despegarse, medir con cautela, calcular los costos contra los beneficios "financieros"? ¿Acaso es éste el camino? ¿Acaso si acumulamos TODOS los elementos podremos encontrar el camino?

La ciudadanización total o completa de la persona con enfermedad mental debe ser la meta a perseguir a través de diferentes estrategias y usando diferentes lenguajes. La ciudadanización completa no es un concepto estático, ni es un objetivo final. Es un proceso muy relacionado con el proceso de rehabilitación psicosocial. Benedetto Saraceno (1996:1), impulsor de la Rehabilitación Psicosocial, esboza los objetivos inmediatos como única manera de alcanzar la ciudadanización, los cuales considera que deben ser aceptados universalmente:

- reducir la sintomatología a través de una farmacoterapia apropiada, tratamientos psicológicos e intervenciones sociales;
- eliminar, cuando es posible, las consecuencias adversas de una institucionalización prolongada;
- mejorar las técnicas sociales de los individuos, el apoyo psicológico y el funcionamiento ocupacional;
- reducir la discriminación y el estigma;
- mejorar el apoyo familiar y apoyar a la familia, proporcionando y manteniendo el sistema de apoyo social a largo plazo, cubriendo por lo menos las necesidades básicas relacionadas con habitación, empleo y redes sociales;
- mejorar la capacidad del consumidor para el autocuidado y la autodefensa.

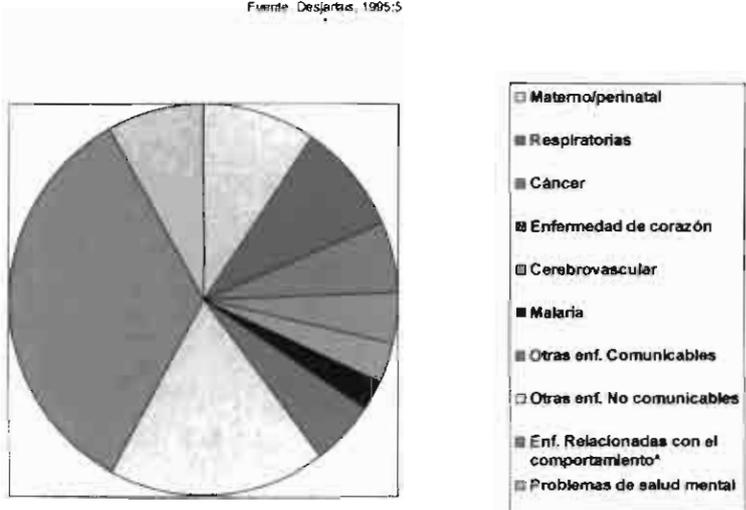
Por otra parte, otro de los acontecimientos importantes en la búsqueda de respuestas a las interrogantes de cómo se desencadena la enfermedad mental, es la aparición del llamado Reporte Harvard, en 1995.

*La salud mental representa una de las últimas fronteras en el mejoramiento de la condición humana. Frente al estigma generalizado y la desatención, hoy la salud mental debe ser colocada en la agenda internacional. Con esta audaz declaración, el reporte que sigue emite un llamado a los individuos, comunidades, gobiernos y agencias internacionales para que se tomen las medidas necesarias para detener a nivel mundial las crecientes cargas individuales y sociales ocasionadas por las enfermedades mentales<sup>6</sup> y los problemas conductuales (Desjarlais, 1995:vii).<sup>7</sup>*

### Distribución global del peso de la enfermedad, 1990

Porcentaje de pérdida de DALY\*\*

Fuente: Desjarlais, 1995:5



Este documento representa el primer esfuerzo sistemático elaborado en el Departamento de Medicina Social de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard con el apoyo de la Corporación Carnegie de Nueva York, la Fundación MacArthur, la Fundación Rockefeller y el Fondo Milbank Memorial.

<sup>6</sup> A partir de aquí me referiré a la locura como *enfermedad, trastorno o desorden mental* en tanto es el lenguaje que usualmente se utiliza y comprende. Esto no significa, de ninguna manera, que haya renunciado a considerar la locura como un concepto que rebasa y trasciende la categoría de enfermedad como "alteración más o menos grave de la salud" (Diccionario Océano: 553). En todo caso, estaría dispuesta a aceptar la definición de enfermedad elaborada por Doyal (citado por Granados, 2001:44), en cuyo caso se le contempla como interrelacionada con un ámbito más amplio que la biología.

<sup>7</sup> La versión de este Reporte, **World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries**, que trabajo es la original en inglés; existe una versión traducida por la OPS.

La Asamblea General de la ONU, el 17 de diciembre de 1991, había adoptado los *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. Éstos fueron la guía y el espíritu que permearon su elaboración.

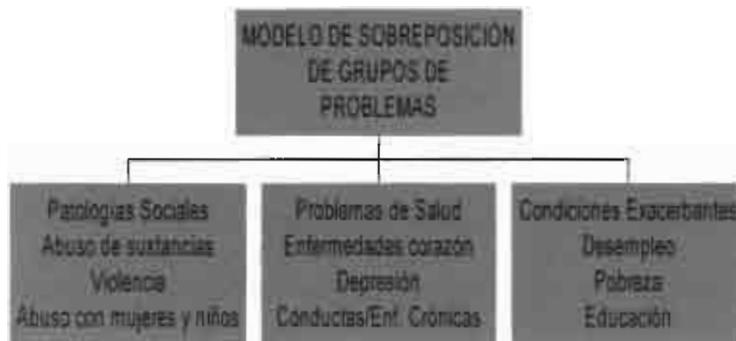
La Organización Mundial de la Salud (OMS) avaló y aprobó sus resultados por demostrar que la enfermedad mental implica en primer lugar una fuerte carga de sufrimiento para el que la padece y que ésta se encuentra relacionada con problemas de índole social, de salud y de condiciones de vida. Significa un parteaguas en la concepción de la salud mental en tanto está suscrito y avalado por organismos internacionales que tienen un fuerte peso en la forma de pensar, decidir y llevar a cabo acciones pertinentes de gobiernos y organizaciones vinculadas con la salud mental.

Desde luego que no puede considerarse que ha descubierto nada que no hubiera sido dicho durante muchos años. Por lo menos desde 1968 con el movimiento de la Antipsiquiatría liderado por Franco Bassaglia, numerosos grupos médicos, intelectuales, defensores de los derechos humanos y personas ocupadas y preocupadas por el tema habían estado intentando llamar la atención acerca de la multicausalidad de la locura, de su arraigo profundo con las condiciones de vida, con las formas de relación entre las personas; convocaban y lo siguen haciendo, a asumir la responsabilidad que corresponde a todos: gobiernos, entidades de salud, comunidades e individuos. Sin embargo, nunca habían sido reconocidos estos puntos de vista en tan distintos ámbitos; el Reporte Harvard implica una toma de posición, un compromiso y una nueva manera de encarar la problemática.

Evidentemente este trabajo surge cuando la enfermedad mental empieza a tocar puntos neurálgicos del sistema, cuando la carga de la enfermedad sobrepasa los límites permitidos, cuando el cálculo costo-beneficio se desequilibra y los locos comienzan a ser un peligro ya no solamente potencial sino concreto y costoso. Solamente para ilustrar este punto podemos consignar que la depresión es hoy en día una de las enfermedades más discapacitante en todo el planeta.

Pero esto no obsta para reconocer el valor intrínseco del Reporte y el importante aporte que ha significado para el presente y el futuro de la salud mental, no solamente en los países de bajos ingresos sino para el mundo en general.

# La salud y sus determinantes



## Modelo de Grupos de Problemas Sobrepuestos

A grandes rasgos, el Reporte Harvard presenta el Modelo de Grupos de Problemas Sobrepuestos<sup>8</sup>(Desjarlais, 1995:6-7) para ilustrar que

...en general los problemas de salud mental, social y del comportamiento representan grupos de problemas sobrepuestos que, conectados con los recientes cambios globales y las nuevas morbilidades, interactúan de tal modo que intensifican mutuamente sus efectos en el comportamiento y el bienestar... Muchas condiciones, desde la violencia al suicidio, al trauma por algún desastre, así como ciertas enfermedades mentales como la depresión, generalmente tienen relación con la misma constelación de fuerzas sociales.

A partir de este Reporte queda aceptado, sobre todo en el llamado primer mundo, que la enfermedad mental no puede considerarse únicamente como la expresión de un desorden químico biológico en el cerebro, no es solamente un problema de índole individual, sino que tiene que ver con multitud de factores que rebasan lo biológico y lo individual. Si bien estas consideraciones son importantes en sí, lo es más el hecho que implica; esto es, para atajar<sup>9</sup> la enfermedad mental, no es suficiente el tratamiento químico biológico médico (fármacos) sino que son necesarias acciones en los otros ámbitos: social, económico, político, afectivo, etcétera. Y más aún, si se quiere promover la salud mental y evitar que continúe aumentando la incidencia de la locura, es perentorio intervenir en todos los espacios, desde todos los sectores, desde los gobiernos y agencias

<sup>8</sup> En inglés Model of Overlapping Clusters of Problems.

<sup>9</sup> Empleo *atajar* en el sentido amplio de poner barreras de todo tipo para evitar el sufrimiento de quien la padece y lograr una mejoría en la calidad de vida y bienestar. He preferido este término en lugar del de "curar" que implica otras cuestiones.

internacionales hasta los grupos profesionales, comunidades e individuos. Un argumento más: este Reporte –a pesar de haber sido elaborado en el centro del primer mundo- resulta una denuncia seria, contundente y bien documentada, de la devastación humana que están produciendo la globalización y su expresión ideológico-política conocida como neoliberalismo que prometía desaparecer las fronteras y las distancias, y que en la práctica fragmenta y convierte al mundo en un archipiélago desordenado y la pretendida homogeneización ha creado la mayor heterogeneidad jamás conocida.

La OMS ha definido que la salud mental no es “solamente la ausencia de una enfermedad mental detectable sino un estado de bienestar en el cual el individuo realiza sus propias habilidades, puede trabajar productiva y satisfactoriamente y es capaz de contribuir con su comunidad” (Desjarlais, 1995:7). Doyal (citado por Granados, 2001:44) amplía la definición dándole la dimensión histórico social:

Aunque la última expresión de la enfermedad mental se halla en la subjetividad individual, el sufrimiento psíquico se inscribe en un sujeto construido socialmente y cuya historia está determinada por los recursos que socialmente le han sido dispuestos para la satisfacción del deseo. La salud mental se mantiene en términos de la capacidad que un sujeto tiene para diseñar objetivos y proyectos de vida, así como de la capacidad de allegarse los recursos necesarios para la consecución de tales proyectos, esto no se logra sin una plena participación del sujeto en la sociedad.

Por lo tanto, solamente se podrá atajar la enfermedad mental y promover la salud mental si es posible crear las condiciones idóneas para que los sujetos puedan vivir en un estado de bienestar y puedan elaborar y llevar a cabo un proyecto de vida productivo y satisfactorio, donde se tenga el derecho a un ambiente compatible con la salud y el derecho a servicios dignos cuando la enfermedad aparece. El estado de cosas actual está muy lejos de esto, más bien se da vía abierta a la enfermedad y los que se atajan son los caminos para que cada uno decida por cuál transitar.

En este sentido, el Reporte Harvard examina las secuelas individuales y sociales de la enfermedad mental a través del análisis de siete grandes problemas<sup>10</sup> que son tanto consecuencia como causa del sufrimiento, así como de la carga o peso de la enfermedad<sup>11</sup> en el mundo. Estos grandes problemas son el suicidio, el abuso de sustancias, la violencia, las migraciones y desplazamientos territoriales, los niños y los jóvenes, las mujeres y los ancianos.

---

<sup>10</sup> Los autores del Reporte justifican la elección de estos problemas con el argumento de que intentaron abrir el rango problemático lo más posible: “...revisamos el mayor rango posible de la salud mental y los problemas de conducta, los retos sociales más importantes de la violencia y los desplazamientos, y los problemas de poblaciones especiales (mujeres, niños y ancianos).” (Desjarlais, 1995:9)

<sup>11</sup> “Los problemas de salud social, mental y del comportamiento constituyen una parte creciente del peso de la enfermedad en todo el mundo. De acuerdo con un estudio reciente del Banco Mundial, los problemas de salud mental (incluyendo las lesiones auto infringidas) son, en agregado, una de las mayores causas de pérdida años de vida, contabilizando 8.1% de todos esos años perdidos.” (Desjarlais, 1995:4)

Estos grandes problemas continúan siendo vigentes y considero que su estudio y puesta al día puede esclarecer el estado de la salud mental en nuestro país situado en el mundo como de tercer mundo, de bajos ingresos o subdesarrollado<sup>12</sup> y empezar el arduo camino de la búsqueda de salidas, soluciones o por lo menos de llamada de atención acerca de la peligrosa situación que se vive en México.

Antes de continuar la reseña quisiera incluir una serie de reflexiones alrededor de los sistemas de medición e información de la salud en general y de la salud mental en particular pues lo considero importante para la cabal comprensión de mi trabajo.

### La información y la medición de la salud.

Medir y contar, informar y decidir, éstas son acciones complicadas cuando se trata de salud en general pero es casi imposible cuando lo que se trata es de la salud mental. A veces la información no existe, se esconde; otras veces se reporta de diferente manera y la diferencia depende del médico, el hospital, el agente del ministerio público. Otras más, pareciera que las enfermedades están definidas por lo que Savater (1991:275) llama el "código penal del alma", esto es, el CIE-10 o el DSM-IV: una lista fría y *dura* del sufrimiento en donde se aglutinan síntomas que pueden llevar a denominar un padecimiento, que a final de cuentas etiquetan al sujeto y éste tendrá que vivir siempre con ese rótulo que le implicará exclusión, discriminación y todas las dificultades imaginables para llevar una vida más o menos común. Franco Bassaglia decía que el loco *aprende* el comportamiento que va pegado a la etiqueta y *engaña* hasta al más experimentado psiquiatra. La locura o más bien *las* locuras son individuales en el sentido de que cada loco procesa su encuentro (o desencuentro desafortunado) con los otros de manera única, pero también son sociales porque tienen que ver con esos otros, con la manera en que organizaron los alrededores del sujeto que enloquece. Es difícil pensar que todos los que padecen depresión tienen la misma enfermedad; inclusive si hablamos de la gripe seguramente tendremos muchas gripes, tantas como sujetos que la padecen. Es difícil concebir cómo medir la locura, cuánto se sufre si se está deprimido, si se tienen delirios, si se alucina. Pero así es la medicina moderna, homogeneiza, organiza, empareja, equilibra. Para la medicina moderna existen enfermedades, no enfermos.

Sin embargo, es ésta la realidad concreta y actual y mal haríamos desconociéndola y fingiendo que no es así. Los que toman las decisiones así piensan y con ellos hay que contender y trabajar; éstos, decía Sarraceno en una conferencia, solamente entienden los *datos duros*, no entienden de sufrimiento, de

---

<sup>12</sup> He preferido referirme a los países desde la óptica de sus ingresos que es —en última instancia— lo que les da el espacio en el escenario internacional y desechar la referencia al grado de desarrollo, ya que éste conlleva necesariamente un concepto de desarrollo desde lo que es para un reducido número de países que cuentan, eso sí, con altos ingresos. Si éstos son o no desarrollados habría que cuestionarlo seriamente pues en muchos aspectos distan mucho de demostrarlo y por otro lado, es innegable que si es que son desarrollados es gracias al subdesarrollo del resto, a la explotación de la mano de obra *barata* de los países pobres, al castigo a los precios de las materias primas, a la sangría que causan vía las deudas externas, etcétera.

exclusión, de discriminación, consideran que eso es *subjetivo*. “Hay que darles lo que piden para poder lograr lo que queremos: que los enfermos mentales puedan disfrutar la banalidad de la vida como lo hacemos nosotros”.

Ahora bien, si de datos duros se trata, si hemos de hablar de salud mental, encontramos –como decía más arriba- enormes diferencias en la manera de reportarla. Estas diferencias en la manera de reportar las tasas de prevalencia de los desórdenes mentales se puede explicar en parte por el estigma asociado a este tipo de padecimientos y a la manera en que en muchos países son concebidos, incluyendo la eugenesia. Este estigma puede dar como resultado un subregistro y un subtratamiento. Las personas en los países de bajos ingresos, además, deben convivir con creencias culturales acerca de la enfermedad mental (por ejemplo que la enfermedad mental es un castigo del demonio o es *mal de ojo*) lo cual se convierte en una carga extra para la persona que busca ayuda profesional.

Por otro lado, en México tradicionalmente la generación de información en salud “...ha venido incorporando información estadística de por lo menos 10 sistemas, con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y períodos de levantamiento en distintos momentos que responden a objetivos e intereses de cada institución en particular...” (Norma Oficial, 2004). Esto hace muy complejo el análisis de la salud y seguramente la toma de decisiones.

Esta manera de generar información, además de que denota desorden y falta de coordinación, implica una concepción de la salud que la reduce al acto mismo de enfermar sin tomar en cuenta las causas sociales, económicas y políticas del proceso de salud-enfermedad. Como dice Laurell (1977:82), es una concepción de salud que no se pregunta por qué se presenta esta problemática de salud en particular en *este* momento particular y en *este* grupo específico. Por lo tanto, informar, generar datos, es un acto político que tiene trascendencia en la manera y forma de pensar la salud, de ofrecer servicios sanitarios, de contabilizar la enfermedad, de aplicar los recursos y los tratamientos. Además no se puede ignorar que México debe responder a las exigencias de las organizaciones internacionales como la OMS y el Banco Mundial, ha firmado tratados que se deben cumplir, metas a las cuales hay que llegar en tiempo y forma, entonces hay que informar y medir de manera que las metas se cumplan, los tratados se tomen en cuenta, las agencias internacionales estén satisfechas con el desempeño del país. La mortalidad ha descendido, es cierto, así informa el Sistema Nacional de Salud; pero no hay información de cómo vive ese sobreviviente, cómo vive con la desnutrición y las enfermedades infecciosas. Se informa de quién está en el sistema, los que están en sus márgenes –los indígenas de Chiapas por ejemplo- no existen en las tablas, en los boletines. ¿Mueren? ¿Sobreviven? ¿Cómo?

El problema del subregistro no ha sido un problema exclusivo de México sino de la gran mayoría de los países del mundo, especialmente de los denominados de bajos ingresos. Esta situación había impedido –y aún impide pero en menor medida- tener un conocimiento mínimamente *objetivo* de las condiciones de salud de la población mundial. Al mismo tiempo, con los indicadores que se utilizaban –y aún lo hacen pero también en menor medida- la información generada distaba mucho de la realidad y resultaba complejo y hasta imposible planificar acciones de gran envergadura.

La creciente complejidad del panorama epidemiológico en México [y el resto del mundo] hace necesario contar con mejores indicadores que permitan evaluar integralmente las pérdidas de salud en la sociedad. Hasta ahora, para la mayor parte de las evaluaciones se han hecho utilizando indicadores simples con información proveniente de los registros de mortalidad, de encuestas nacionales de salud y de los registros de utilización de servicios. Sin embargo, los notables avances que se han alcanzado en la calidad de la información abren la posibilidad de aplicar en México [y en el resto del mundo] indicadores compuestos, que midan simultáneamente pérdidas relacionadas con muertes prematuras y con enfermedades. (Lozano, 1997:35)

Lozano se refiere al indicador compuesto AVISA: años de vida saludable que se pierden por muerte prematura y por discapacidad. Fue diseñado por el Banco Mundial, la OMS y la Universidad de Harvard en 1993 y sus autores fueron Murray y López aunque tiene como antecedentes los indicadores de Dempsey (1947), Chiang (1965), Borg (1973) y Morrow (1984).

Los AVISA perdidos permiten evaluar "...el impacto —expresado en unidades de tiempo— de distintas enfermedades en una sociedad determinada, y tiene la ventaja de que ofrece una métrica común para las pérdidas de salud por todas las causas y a todas las edades. Así, se vuelve comparable, por ejemplo, un AVISA perdido por un episodio de diarrea en un niño, con uno perdido por cirrosis hepática en un adulto mayor o por un padecimiento psiquiátrico en una mujer joven" (Lozano, 1997:36).

Los AVISA perdidos se construyen por la suma de los años perdidos por muerte prematura (APMP) y los años vividos con discapacidad (AVD), por lo que el estudio se divide en dos componentes mayores: a) el análisis de las causas de muerte y b) la estimación de la incidencia, prevalencia, duración y gravedad de las principales secuelas de las 105 enfermedades y lesiones que se incluyen en el estudio.

Este indicador toma en cuenta muerte prematura y discapacidad; dos elementos interesantes para pensar la salud y que aparecen en escena a la par, o como consecuencia- de las políticas neoliberales y de mercado. Es decir, por primera vez se hace evidente, aunque es connatural con las leyes del capitalismo, que la salud es productividad, plusvalía, ganancia; la enfermedad es carga, costo, gasto. Un sujeto que muere antes de lo que marcaba su esperanza de vida al nacer deja de producir lo que el sistema esperaba de él; si por causa de una enfermedad queda discapacitado aún será peor: estará vivo, sin producir y consumiendo a costa del gasto público.

Teóricamente el cálculo de las condiciones de salud utilizando los AVISA perdidos permite planificar las necesidades de salud de una población, evaluar la efectividad de las intervenciones y apoyar la determinación de prioridades de investigación y de atención. Además el uso de los AVISA como indicador de necesidades de salud busca: "a) incorporar al debate sobre la determinación de prioridades y asignación de recursos, el uso de indicadores compuestos que incluyan la medición de efectos no mortales de la enfermedad; b) contener a los

interesados...en defender la asignación desproporcionada de recursos financieros para determinadas enfermedades en detrimento de otras...; c) buscar...que la determinación de prioridades, la asignación de recursos y la distribución de los incentivos sean hechos con criterios explícitos basados en necesidades de salud..." (Lozano, 1997:36).

Éste es el panorama de la salud en México si se emplean los AVISA perdidos. En 1994, el potencial de vida de los mexicanos era de 90 millones, de los cuales se perdieron 13 millones de AVISA; esto es, 145 años perdidos por cada 1000 habitantes (7.5 semanas del potencial de vida sana acumulado para ese año). De ellos, el 57% fueron por muerte prematura (APMP) y 43% por años vividos con discapacidad (AVD). Por otro lado, el riesgo de perder un año de vida saludable es 1.3 veces más alto en el área rural.

La distribución de los AVISA perdidos en 1994 es como sigue (Lozano, 1997):

Adultos jóvenes (15 a 44 años)

4.4 millones de AVISA perdidos

34% del peso de la enfermedad nacional

2/3 son varones (2.9 millones)

1/3 son mujeres (1,4 millones)

Por enfermedades no transmisibles la pérdida fue de 20% superior en varones que en mujeres; 7 veces mayor por lesiones, 11 veces mayor por homicidio.

AVISA perdidos por varones (15 a 44 años)

Más del 50% (1.6 millones) por lesiones (59% no intencionales, 41% intencionales)

Los AVISA perdidos por mujeres equivalían al 10% del peso nacional

40% por muerte prematura

60% por discapacidad (780 000).

De este porcentaje, el 59% (460 200) por enfermedades no transmisibles:

13% enfermedades neuropsiquiátricas (59 826);

9% cardiovasculares

9% neoplasias malignas

5% músculo esqueléticas

La razón hombre/mujer es de 1.4 AVISA perdidos por hombres/1 AVISA perdido por mujeres.

Las principales causas de AVISA perdidos que generan pocas defunciones son:

-anemia

-trastornos depresivos

-enfermedades de transmisión sexual (no VIH)

-artritis reumatoide

Más del 30% por enfermedades no transmisibles implican un 10% por enfermedades propias del rezago.

Adultos de más de 60 años = 14% del peso nacional (1.8 millones): 60% muerte prematura, 40% discapacidad:

-artritis

-demencia

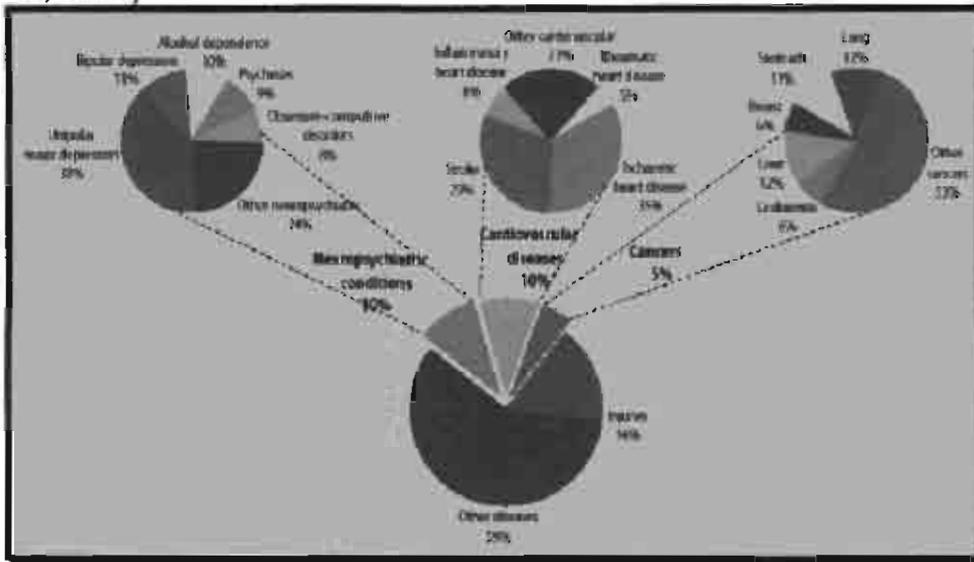
-osteoartritis

-caídas

Ahora bien, no se debe desconocer la importancia que el desarrollo de estos indicadores compuestos ha tenido para sacar a la luz el subregistro de los desórdenes mentales y cómo ha hecho evidente su alta prevalencia.

En 1998 el 23.5% de los AVISA perdidos en los países de altos ingresos y el 10.5% en los países de ingresos bajos y medios se debió a las condiciones neuropsiquiátricas (Whiteford, 2001:3). Según este trabajo de la OMS la discapacidad en el mundo por desórdenes psiquiátricos fue de 28.5%, 47% en países de altos ingresos, como Estados Unidos, y de 16% en África. Cinco de las diez principales causas de discapacidad en el mundo se deben a desordenense mentales.

**Los nuevos desafíos; DALYs atribuibles a enfermedades no transmisibles en países de ingresos bajos y medios, estimados para 1998. (Reporte Mundial de Salud, 1999)**



Fuente: Whiteford, 2001:4

Esta circunstancia queda muy clara en la siguiente Tabla, en la cual, cuando se utiliza el indicador de mortalidad ajustada, muchos de los trastornos mentales no aparecen como necesidad de salud; en cambio si se utilizan los AVISA perdidos, éstos cobran importancia. Veamos los casos: el Homicidio y las Lesiones a terceros ocupa un 6° lugar en la lista de necesidades por mortalidad ajustada; si se consideran los AVISA perdidos, sube al 1°. La Dependencia del alcohol pasa del lugar 21° al 12°; las demencias, del 43° al 17°; los Trastornos depresivos no aparecen en el listado por mortalidad ajustada y en cambio si se consideran los años perdidos de vida saludable pasa al lugar 26°; lo mismo acontece con el Síndrome de estrés post traumático, la Esquizofrenia y la Dependencia de drogas que adquieren importancia al impactar los años de vida saludable que se pierden y pasan al lugar 32° el primer trastorno, al 38° el segundo y al 50° el tercero; el Suicidio es el único que ocupa un sitio más alto en la lista por mortalidad ajustada en tanto es el problema de salud mental que más muertes ocasiona.

## PRINCIPALES NECESIDADES DE SALUD SEGÚN DOS INDICADORES. MÉXICO, 1994

MORTALIDAD AJUSTADA	AVISA
1. Cardiopatía isquémica	1. Homicidio y lesiones a terceros
2. Diabetes mellitus	2. Accidentes de vehículo motor (ocupantes)
3. Neumonía	3. Neumonía
4. Enfermedad cerebro vascular	4. Diabetes mellitus
5. Cirrosis hepática	5. Accidentes de vehículo motor (atropellados)
6. Homicidio y lesiones a terceros	6. Cardiopatía isquémica
7. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	7. Diarrea aguda
8. Diarrea aguda	8. Cirrosis hepática
9. Desnutrición proteínico-calórica	9. Desnutrición proteínico-calórica
10. Nefritis y nefrosis	10. Caídas
11. Accidentes de vehículo motor (ocupantes)	11. Enfermedad cerebro vascular
12. Cardiopatía hipertensiva	12. Dependencia del alcohol
13. Accidentes de vehículo motor (atropellados)	13. Anemia
14. Cáncer de tráquea y bronquios	14. Nefritis y nefrosis
15. Caídas	15. Osteoartritis
16. Estómago	16. Artritis reumatoide
17. Tuberculosis	17. Demencias
18. Otras enfermedades endocrinas	18. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
19. Cáncer cervicouterino	19. Hernia
20. Anemia	20. VIH/SIDA
21. Dependencia del alcohol	21. Cardiopatía hipertensiva
22. Ahogamiento	22. Ahogamiento
23. Cáncer de hígado	23. Asma
24. Cáncer de próstata	24. Insuficiencia respiratoria superior
25. Septicemia	25. Epilepsia
26. VIH/SIDA	26. Trastornos depresivos
27. Úlcera péptica	27. Diarrea persistente
28. Leucemia	28. Tuberculosis
29. Suicidio	29. Ascaris
30. Insuficiencia respiratoria superior	30. Cáncer cervicouterino
31. Cáncer de mama	31. Leucemia
32. Asma	32. Síndrome de estrés posttraumático
33. Sofocación	33. Septicemia
34. Diarrea persistente	34. Suicidio
35. Cáncer de páncreas	35. Tricocefalosis
36. Cáncer de colon y recto	36. Sofocación
37. Cáncer de vías biliares	37. Enfermedades de Transmisión Sexual excepto VIH
38. Epilepsia	38. Esquizofrenia
39. Pericarditis, endocarditis	39. Cáncer de tráquea y bronquios
40. Obstrucción intestinal	40. Enfermedad inflamatoria pélvica
41. Cardiopatía reumática	41. Cataratas
42. Envenenamientos	42. Quemaduras
43. Demencias	43. Cáncer de mama
44. Picadura por animal venenoso	44. Cáncer de estómago
45. Meningitis	45. Pericarditis, endocarditis
46. Cáncer de ovario	46. Cisticercosis
47. Quemaduras	47. Enfermedad periodontal
48. Artritis reumatoide	48. Cardiopatía reumática
49. Melanoma	49. Otitis media
50. Hepatitis	50. Dependencia de drogas

Fuente: Funsalud, 1997.

Efectivamente, no podemos desconocer su importancia pero tampoco podemos eludir que estos nuevos sistemas de medición responden a criterios económicos y a una concepción de la salud como un asunto financiero. Han sacado a flote la problemática de la salud mental que estaba arrinconada en el olvido por no ser causante de suficientes muertes; pero al aparecer la visión de mercado y la necesidad de bajar los costos de la asistencia se descubrió la

discapacidad y las medidas para paliarla, reinsertarla y rehabilitarla para hacerla de nuevo productiva<sup>13</sup>.

Ahora bien, ante la situación hasta aquí mencionada, es necesario aclarar que en este trabajo no se pretende homogeneizar los sistemas de medidas, ni tratar de sacar conclusiones de las diferentes maneras de informar y medir, ni tampoco supone la búsqueda exhaustiva de datos (desgraciadamente no hace falta, con lo hallado ya el panorama resulta altamente alarmante). En última instancia, resulta ser un argumento más para *demostrar* (aunque no estoy pretendiendo demostrar nada en el sentido *científico* del término) que en el ámbito de la salud en general y de la salud mental en particular existe un gran desorden y desorganización (consciente o no) que impiden mejorar las condiciones de los enfermos y prevenir la enfermedad de los *sanos*. La única finalidad del trabajo es mostrar el estado de cosas para incidir de manera modesta en el cambio y transformación posibles.

Así las cosas, el trabajo inicia con un primer capítulo acerca del Panorama de la salud Mental en el Mundo y en México en el que se trata de mostrar el estado en el que se encuentra la enfermedad mental. Significa un punto de partida que pretende llamar la atención sobre lo *conocido*, sobre lo que las bases de datos de los diferentes organismos *saben*. Los siete capítulos siguientes abordan los problemas relacionados con los niños y jóvenes, la violencia en general, la violencia contra las mujeres, los ancianos, las migraciones y los desplazamientos, el abuso de sustancias, y el suicidio, analizados como causas y efectos del deterioro de la salud mental e imbricados con las condiciones de vida de la población. El noveno capítulo presenta la respuesta pública a esta problemática y el décimo capítulo intenta explicarla desde un análisis del Estado y se incluyen algunas reflexiones acerca de las vías de salida. Cierra el trabajo reuniendo en el undécimo capítulo lo que podrían ser algunas reflexiones finales que evidentemente no concluyen nada, en el sentido de dar término, sino que intentan abrir campos de trabajo, deliberación y debate para un futuro que espero cercano.

---

<sup>13</sup> El Banco Mundial hizo hoy un llamado a multiplicar esfuerzos por ofrecer oportunidades a más de 600 millones de personas discapacitadas que hay en el mundo, incluidos los 50 millones que viven en América Latina y el Caribe, como parte del intento por atacar la pobreza desproporcionada que sufre este sector poblacional. De los 50 millones de discapacitados latinoamericanos, 82% viven en la pobreza, menos del 20% cuenta con seguro médico y sólo 20 a 30% de los niños discapacitados asiste a la escuela. Conferencia en Washington: *Discapacidad y desarrollo incluyente: cómo aprender a compartir y construir alianzas*. La Jornada, 3 de diciembre de 2004, p.24

# I. PANORAMA DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO Y EN EL MUNDO.

*Si eso de la salud no fuera una categoría abstracta,  
algo que en rigor no se da, podríamos decir que  
un hombre perfectamente sano no sería  
ya un hombre, sino un animal irracional.  
Irracional por falta de enfermedad  
alguna que encendiera su razón.*

*Miguel de Unamuno*

Durante las últimas décadas en todo el mundo se han hecho importantes inversiones –de capital, investigación y programas- para mejorar los problemas de la salud y los servicios sanitarios. No obstante, y aunque los problemas de las enfermedades infecciosas, la planificación familiar y la salud de la infancia han sido el foco principal de los programas de la comunidad internacional de la salud, las enfermedades mentales no han recibido la atención proporcional al sufrimiento que producen. (Desjarlais, 1995: 34)

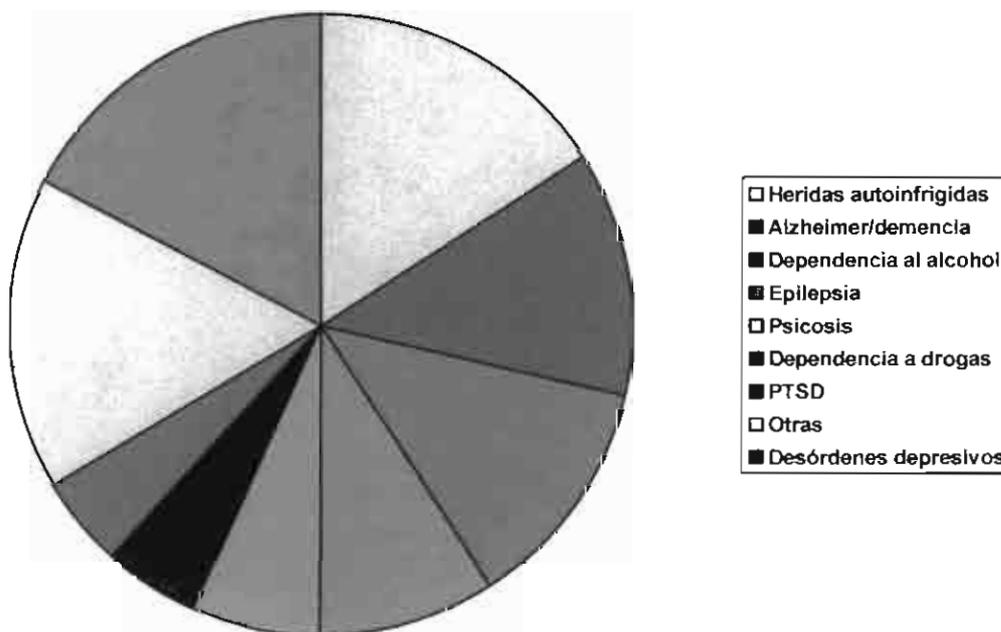
Esto se debe, entre otros factores, a que el peso de la enfermedad mental es relativamente invisible en tanto no produce altas tasas de mortalidad y en general los sistemas estadísticos de la salud suelen prestar más atención a éstas que a las tasas de morbilidad en donde la salud mental sí aparece como definitoria. No fue sino hasta que fue creado un indicador (AVISA, DALY)<sup>1</sup> que recoge la perspectiva de la discapacidad y la Carga o Peso Global de la Enfermedad, que fue posible contabilizar la salud mental como un problema de salud pública en todas sus dimensiones.

### DISCAPACIDAD POR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

(Adaptado del Banco Mundial)

Porcentaje de pérdida de DALY's o AVISA<sup>2</sup>

Fuente: Desjarlais, 1995: 35



<sup>1</sup> Ver apartado La información y la medición de la salud en la Introducción.

<sup>2</sup> DALY's es el término en inglés para AVISA: Años de vida saludable.

Otro de los factores que condujo a prestar menos atención a los problemas causados por las enfermedades mentales es la falsa idea de que el único destino que podía esperar una persona afectada por trastornos mentales era la cronicidad y el encierro de por vida.

La palabra 'crónico' deriva de la palabra griega *chronos*, tiempo; denota una enfermedad de larga duración o una de recurrencia frecuente. Sin embargo, cuando crónico se asocia con esquizofrenia, como en 'esta persona es esquizofrénica crónica', la connotación se traduce en deterioro, defecto o estado de déficit. Estas percepciones acerca de la esquizofrenia son antiguas y han sido guías para juicios clínicos, la programación de tratamientos, la formulación de políticas y el establecimiento de prioridades de inversión. Estas percepciones han destrozado las esperanzas de recuperación de pacientes y sus familias (Harding, 2001: 52).

También debe tomarse en cuenta el factor económico, el que en última instancia mueve los hilos de las decisiones y las direccionalidades de las acciones, para comprender por qué hoy la necesidad de prestar atención al tratamiento de los trastornos mentales empieza a ser mencionada y promovida por organismos internacionales, los gobiernos del mundo toman medidas –muchos, demasiados quizás, con lentitud- para atender a sus locos: se decretan nuevas normas, nuevas leyes, se destinan presupuestos extraordinarios, etcétera.

Las enfermedades mentales se encuentran en todas las culturas, son prevalentes, causan considerable discapacidad y se encuentran en los primeros lugares en la tabla del peso de la enfermedad en el mundo. Por extensión, constituyen un peso económico significativo en todos los países. Un mejor conocimiento de las dimensiones del peso económico y el desarrollo de marcos referenciales para contender con intervenciones costo-beneficio proveerán de una base a programas que no solamente reduzcan la discapacidad asociada con esos desórdenes sino también promuevan el desarrollo humano y la productividad económica. Agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud están intensificando su atención en las enfermedades mentales a través del Reporte de la Salud en el Mundo 2001 dedicado a la salud mental. El Banco Mundial ha identificado a los desórdenes neuropsiquiátricos como un problema de salud pública emergente en los países con economía de mercado en desarrollo (Whiteford, 2001:3).

Tanto la OMS como el Banco Mundial hoy promueven gran cantidad de estudios acerca de los impactos que las enfermedades mentales tienen en la economía tanto de los individuos como de las sociedades. Estos estudios incluyen el costo del tratamiento y el bienestar social, los pagos de transferencia, la pérdida de productividad en los puestos remunerables y los no remunerables, los costos para las familias y los cuidadores, así como los costos por mortalidad y egresos hospitalarios. Rice y sus colaboradores (citado por Whiteford, 2001) calcularon que todos los desórdenes psiquiátricos juntos tuvieron en Estados Unidos un costo

agregado de 148 billones de dólares (a precios de 1990), atribuibles principalmente a la pérdida de productividad por discapacidad. Según este autor los problemas de salud mental contabilizaron 2.5% del Producto Interno Bruto de Estados Unidos.

Por lo anterior es comprensible que la enfermedad crónica (física y mental) haya emergido a un primer plano en la sociedad contemporánea como un importante problema de carácter socio económico y, secundariamente, médico. Indudablemente existe el dilema ético de atender el sufrimiento crónico y la prolongación de la vida pero también

...el reconocimiento de que una economía industrial no puede permitirse el lujo de tener en su población una gran minoría en un rol improductivo...el problema surge en el momento en que se prepara una nueva fase de expansión capitalista y hay que intentar recuperar al máximo todas las fuerzas productivas, disminuyendo de paso el costo asistencial de aquellos que, a pesar de su esfuerzo, no puedan rehabilitarse (Espinosa, s/f:56).<sup>3</sup>

Por otra parte, hoy en día los tratamientos para las enfermedades mentales han sufrido un impresionante cambio: la investigación farmacológica ha descubierto tratamientos farmacológicos efectivos y nuevas formas de intervenciones psicosociales. "En menos de dos décadas, los avances en farmacología han alterado radicalmente el tratamiento de las enfermedades mentales y la investigación en los servicios de salud han elevado al nivel científico nuevas formas de atención. La investigación en evaluación sugiere, por ejemplo, que la combinación de intervenciones breves psicoterapéuticas con una medicación apropiada pueden ser benéficas y que los programas de rehabilitación comunitaria para pacientes con trastornos mentales severos pueden ser proporcionados de una manera costo-efectiva por enfermeros, trabajadores sociales, y ciudadanos locales entrenados" (Desjarlais, 1995: 38), contribuyendo de manera efectiva y eficiente a la salud mental.

Sin embargo, si bien no es posible desconocer estos avances, hoy es evidente que nunca antes el ser humano había conocido tanto, nunca había tenido a su alcance tantos recursos para su bienestar, pero nunca antes habían existido tantas desigualdades, tanta polarización, tanta escasez para muchos y tanto exceso para pocos.

La disponibilidad de tratamientos, de servicios sanitarios de calidad, de intervenciones psicosociales y de opciones para la rehabilitación y la reinserción social son escasos para amplios grupos de la población que padecen de hecho desórdenes mentales. Pero existe otra cuestión que resulta quizás más alarmante: son muchos más los que se encuentran en gran riesgo de pasar a formar parte de esos grupos de "enfermos": las condiciones de vida de la gran mayoría de la población del mundo están empezando a ser alarmantemente nocivas para la salud mental. La violencia, el maltrato a las mujeres y los niños, la necesidad cada

---

<sup>3</sup> El Hospital Samuel Ramírez Moreno tiene 502 camas y opera al 98 por ciento de ocupación, lo que significa un promedio de 492 pacientes permanentemente. Su costo total mensual es de \$ 914 293 161 y el costo por día cama es de \$ 53 135. Pesos de 1992.

día más acuciante de dejar la tierra para migrar hacia otros mercados de trabajo, el abandono de los ancianos, la futuro sombrío para millones de jóvenes son el medio de cultivo idóneo para que la locura prospere. "...si los trastornos mentales no son tratados, contribuyen a acentuar el ciclo de la pobreza (Saraceno y Barbui 1997 citado por Levav, 2004:12) y viceversa, añadiría yo. También hace años Franz Fanon, en su libro *Los desheredados de la tierra*, hablaba en el mismo sentido y llamaba la atención acerca de los efectos psicológicos profundos y negativos que la opresión política y económica ejercen sobre los individuos cuando éstos se encuentran atomizados.

La OMS y muchas organizaciones internacionales, como la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial (WAPR por sus siglas en inglés), desde 1990, han hecho innumerables esfuerzos por llamar la atención de gobiernos y organizaciones civiles para que se tomen las medidas pertinentes y las decisiones que conduzcan a atender a los enfermos y promover la salud entre la población en general. En última instancia –repito y ha quedado claro en líneas anteriores- estos esfuerzos en la mayoría de los casos responden a intereses económicos y del mercado, están enfocados a elevar la productividad y a disminuir el gasto social de los gobiernos; sin embargo, considero importante que salga a la luz la información y hoy en día sea posible constatar con datos duros –que parece que son los únicos que se entienden en ciertos centros de decisión- lo que durante muchos años se desconocía y negaba: el enorme sufrimiento y abandono en que viven los locos, la manera acelerada en que su número aumenta y la vinculación ineludible entre condiciones de vida y estado de la salud mental.

Para los pobres generalmente peso de la enfermedad mental que deben soportar es mayor, tanto en términos de riesgo de padecer un desorden mental como en la falta de acceso al tratamiento. La constante exposición a acontecimientos severamente estresantes, las condiciones de vida peligrosas, la explotación y la pobre salud en general, contribuyen a la mayor vulnerabilidad de los pobres. La falta de acceso a tratamientos disponibles hace que el curso de la enfermedad sea más severo y debilitante, conduciendo a círculos viciosos de pobreza y enfermedad mental que raramente se rompen (OMS, 2001).

En los países del llamado primer mundo la pobreza no tiene las dimensiones que existen en los países de bajos ingresos, sin embargo esto no obsta para que también tengan problemas relacionados con la salud mental. Allí las causas son de otra índole: las grandes migraciones internas, el empobrecimiento de los vínculos humanos y la aparición -con mayor incidencia- de fenómenos como el suicidio, los niños y las niñas con problemas de escolaridad o en situación de calle, la depresión y el incremento de trastornos de la personalidad tales como la antisocial, las grandes migraciones internas, el empobrecimiento de los vínculos humanos, la soledad y el abandono de los ancianos, la violencia de todo tipo, intrafamiliar, doméstica y racista, el abuso de drogas, entre otras. Quizás lo único que impone una diferencia entre unos y otros es que en estos últimos existen más recursos, tanto financieros como humanos. Resulta evidente el mayor desarrollo

de la organización civil la cual, a final de cuentas, es la única que puede atajar la enfermedad mental o por lo menos contender mejor con ella.

En las líneas que siguen habremos de ver el panorama general de la salud mental en el mundo en general y en México en particular así como las medidas que se han tomado al respecto. Desde luego este panorama no es de ninguna manera exhaustivo sino simplemente habrán de señalarse algunos datos que indiquen de manera general el estado de cosas que actualmente prevalece.

...los 10 principales trastornos, [en el mundo son] de naturaleza psiquiátrica: los índices del DALY's en trastornos cerebrales, psiquiátricos, neurológicos y de desarrollo alcanzaron el 34%; una proporción mucho mayor que la generada por los trastornos cardiovasculares (17%) y el cáncer (13%). En los países en desarrollo, los trastornos cerebrales son responsables al menos del 27% del total de años vividos con discapacidad. Las proyecciones indican que los trastornos afectivos unipolares (la cuarta causa principal del DALY's en 1990, para todos los grupos etarios y la primera causa en la franja 15-44 años) se convertirán, en 2020, en la causa principal del DALY's de todas las edades (Levav, 2004:11).

Cinco de las diez principales causas de discapacidad son los desórdenes mentales (Whiteford, 2001): depresión mayor, abuso del alcohol, desorden bipolar, esquizofrenia y desorden obsesivo compulsivo.

En el ámbito mundial, la población con trastornos mentales alcanza actualmente a 400 millones, correspondiendo un 24% a trastornos psiquiátricos mayores que afectan a adultos, niños y adolescentes por igual.

En América Latina y el Caribe, cerca de 17 millones de niños padecen trastornos psiquiátricos que requieren intervención sin que estos servicios se les presten. En 2010, en esta región, cerca de 36 millones y medio de personas se verán afectadas por trastornos de depresión (un número mayor que la población sumada de varios países centroamericanos) (OPS 1997).

**PORCENTAJE DEL TOTAL DEL PESO DE LA ENFERMEDAD EN DALY'S DEBIDO A DESÓRDENES NEUROPSIQUIÁTRICOS EN LAS REGIONES DE LA OMS. ESTIMADOS PARA 1999.**

	Total	África	Las Américas	Mediterráneo Oriental	Europa	Sureste de Asia	Pacífico Occidental
Depresión mayor unipolar	4.1	1.5	6.0	3.6	6.1	3.7	6.9
Desorden afectivo bipolar	1.1	0.4	1.6	1.1	1.4	1.1	1.9
Psicosis	0.8	0.2	1.6	1.1	1.6	0.9	0.8
Dependencia de alcohol	1.3	0.6	5.0	0.2	3.6	0.6	1.1
Alzheimer y otras demencias	0.7	0.1	1.4	0.2	2.1	0.5	1.0
Enfermedad de Parkinson	0.1	0.0	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2

Esclerosis múltiple	0.1	0.0	0.2	0.1	0.3	0.1	0.1
Dependencia a drogas	0.4	0.1	1.4	0.7	1.1	0.1	0.2
Desorden Post-traumático	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2
Desorden obsesivo compulsivo	0.8	0.3	1.2	0.8	1.2	0.7	1.3
Desorden de pánico	0.4	0.2	0.6	0.3	0.6	0.3	0.6
Todos los desórdenes neuropsiquiátricos	11.0	4.3	21.0	9.5	19.4	9.1	15.2

Fuente: Whiteford, 2001

Tres son las enfermedades o desórdenes mentales que más importancia tienen en cuanto al número de afectados, el sufrimiento que acarrearán y la discapacidad que provocan. Éstos son la esquizofrenia (psicosis), la depresión en sus variadas expresiones (leve, unipolar o bipolar, trastornos o desórdenes afectivos) y los desórdenes de ansiedad, en los que generalmente se agrupan las fobias, el desorden de estrés post traumático y el desorden obsesivo compulsivo.

En 1985 en el mundo había 23 millones de personas con **esquizofrenia**, tres cuartas partes de los cuales vivían en países de bajos ingresos (Kramer citado por Desjarlais, 1995:40). Este mismo autor hace la proyección de la prevalencia del trastorno al 2000 en estos países y la sitúa en 24.4 millones, un incremento de 45%. Según datos del Reporte de la OMS elaborado por Whiteford y colaboradores (2001), llamado *Respondiendo al peso de la enfermedad mental*<sup>4</sup>, la esquizofrenia implica al 3% de los gastos nacionales en salud y se pierden más días de trabajo por esta enfermedad que por otras enfermedades como la diabetes.

Mientras la esquizofrenia es un desorden de baja prevalencia pero gran severidad, la **depresión** es de alta prevalencia y la severidad es de mediana a alta. Sin embargo, es el trastorno que más discapacidad provoca. "Los pacientes deprimidos sufren tanta discapacidad y angustia como los pacientes con desórdenes médicos crónicos como la hipertensión, la diabetes, la insuficiencia coronaria y la artritis" (Desjarlais, 1995:45). Estudios con pacientes de consulta externa en clínicas de atención primaria en África subsahariana y en Latinoamérica muestran que entre una quinta parte y una tercera parte de las causas primarias o secundarias de consulta se deben a la depresión; en Europa y Estados Unidos sucede algo similar. Aún la depresión más leve puede resultar ser un problema social y ocupacional. Magruder (citado por Whiteford, 2001) encontró, en un estudio acerca del peso socioeconómico de los síntomas de la depresión leve en la población en general, altos niveles de estrés en las familias, irritabilidad social y estrés financiero así como limitaciones en la actividad física y en el trabajo, actividades cotidianas restringidas, gran cantidad de días en cama y salud general precaria.

Los **desórdenes relacionados con la ansiedad** producen también malestar y sufrimiento en todo el mundo y tienen serios efectos en las funciones sociales, el trabajo y el bienestar personal. Según la OMS, estos desórdenes juntos implican alrededor del 1.4% del peso total de la enfermedad en el mundo

<sup>4</sup> *Responding to the burden of mental health.*

medido en AVISA, y afecta, por ejemplo, al 12% de la población rural de Asia y al 10% de la población de Estados Unidos (Desjarlais, 1995). El desorden de estrés post traumático (PTSD por sus siglas en inglés), respuesta persistente a las experiencias catastróficas, interfiere por largo tiempo en la vida y el funcionamiento de las víctimas. Hoy por hoy, en que en el mundo son casi cotidianas las catástrofes de todo tipo: “naturales”, guerras, torturas, represión, atentados, migraciones peligrosas, este desorden está tomando dimensiones nunca sospechadas. En una tabla que incluye el Reporte Harvard (Desjarlais, 1995:48-49) aparecen 13 estudios en poblaciones que han sobrevivido a acontecimientos catastróficos en Asia y Latinoamérica y los datos acerca de la tasa de prevalencia del PTSD se encuentran en alrededor del 50%. Por ejemplo, en el estudio realizado en México con víctimas del terremoto de 1985, se reporta una tasa de prevalencia del 32% (Conyer et.al., 1987 citado por Desjarlais, 1995).

Además con el PTSD se ha comprobado que se asocian otras enfermedades no psiquiátricas tanto en hombres como en mujeres (Kimerling, 2004), pero la pobreza y la depresión que frecuentemente ocurre al mismo tiempo que el PTSD se ve más en mujeres.

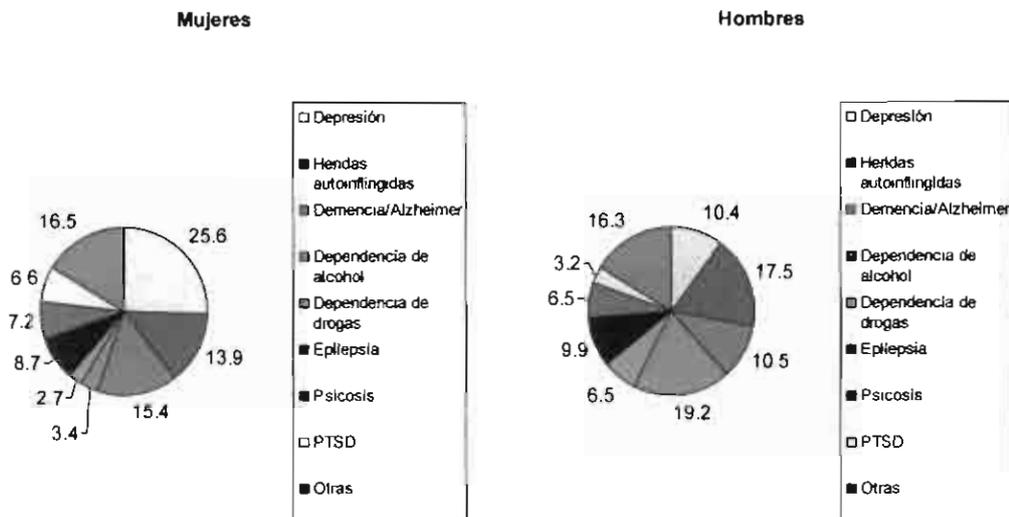
#### CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ENFERMEDAD EN EL MUNDO.

1990	Previsión para 2020
1° Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1° Cardiopatía isquémica
2° Enfermedades diarreicas	<b>2° Depresión unipolar grave</b>
3° Trastornos perinatales	3° Traumatismos por accidentes de tráfico
<b>4° Depresión unipolar grave</b>	4° Enfermedades cardiovasculares
5° Cardiopatía isquémica	5° Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6° Enfermedades cardiovasculares	6° Infecciones de las vías respiratorias inferiores
7° Tuberculosis	7° Tuberculosis
8° Sarampión	8° Guerras
9° Traumatismos por accidentes de tráfico	9° Enfermedades diarreicas
10° Anomalías congénitas	10° SIDA

Fuente: OMS, 1997

## Problemas de Salud Mental en Hombres y Mujeres en el mundo Porcentaje de Años de vida perdidos por discapacidad

Fuente: Banco Mundial, 1993



En Europa, uno de cada cuatro europeos sufre un trastorno mental a lo largo de su vida y tres cuartas partes de ellos no reciben tratamiento alguno. El doctor José María Haro, responsable de la investigación en España como parte de un estudio de la Unión Europea (UE), ha asegurado que "...aunque en Estados Unidos el grado de prevalencia es todavía superior, la frecuencia de trastornos mentales en Europa es extraordinariamente alta, hecho que evidencia un problema de salud pública emergente en la Unión Europea" (Haro, 2004). El hecho de padecer más de un trastorno psiquiátrico, según el estudio, resulta ser muy frecuente en ese continente: el 53% de los que padecen depresión mayor sufre otro trastorno mental, mientras que un 69% de los que tienen ansiedad generalizada ha registrado al menos otro trastorno durante los últimos 12 meses. Estas discapacidades tienen un impacto en la vida normal superior a otras enfermedades crónicas como la artrosis, la diabetes, los trastornos cardíacos o las enfermedades respiratorias.

El caso de México no es ni la excepción ni destaca más que otros países de bajos a medianos ingresos, con altos niveles de pobreza y bajos niveles de servicios de salud.

### Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Prevalencia de trastornos de acuerdo con la CIE-10\*.

	Áreas metropolitanas	Noroeste	Norte	Central oeste	Central este	Sureste	Total
Diagnóstico							
Alguna vez en la vida							
Cualquier trastorno afectivo	10.4	8.4	9.0	10.2	10.6	5.7	9.1

Cualquier trastorno de ansiedad	15.2	12.3	16.4	15.8	13.6	12.3	14.3
Cualquier trastorno de uso de sustancias	8.7	6.5	10.1	15.2	7.8	7.9	9.2
Cualquier trastorno	28.6	25.3	30.1	36.7	29.0	23.5	28.6
Últimos 12 meses							
Cualquier trastorno afectivo	5.3	4.5	4.6	5.6	4.9	2.2	4.5
Cualquier trastorno de ansiedad	7.6	6.2	10.1	11.2	8.3	5.8	8.1
Cualquier trastorno de uso de sustancias	2.9	1.7	5.4	6.8	3.2	2.0	3.5
Cualquier trastorno	13.5	10.5	17.7	20.7	14.5	8.4	13.9
Último mes							
Cualquier trastorno afectivo	2.2	2.4	1.9	2.5	2.1	0.9	1.9
Cualquier trastorno de ansiedad	3.4	1.8	5.3	3.1	3.1	2.2	3.2
Cualquier trastorno de uso de sustancias	0.9	1.1	1.7	1.3	0.2	1.0	1.0
Cualquier trastorno	6.2	4.8	8.2	7.9	4.7	3.7	5.8

\* Porcentajes.

Fuente: Medina-Mora, 1992.

En esta tabla hay que resaltar que un muy alto porcentaje, alrededor de una cuarta parte de la población, ha padecido alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico; asimismo es interesante observar que la población mexicana padece principalmente de trastornos afectivos, en especial de depresión. Los trastornos ligados al abuso de sustancias aún no son tan alarmantes, aunque ya empiezan a serlo y los trastornos de ansiedad tampoco muestran tan alta prevalencia.

### Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Prevalencia de trastornos por sexo, según la CIE-10\*.

Diagnóstico	Hombres			Mujeres			Total		
	Alguna vez	Ult 12 meses	Ult mes	Alguna vez	Ult 12 meses	Ult mes	Alguna vez	Ult 12 meses	Ult mes
Trastorno afectivo									
Episodio depresivo mayor	2.0	0.9	0.3	4.5	2.1	0.8	3.3	1.5	0.6
Episodio depresivo menor	0.6	0.3	0.2	2.3	1.1	0.5	1.5	0.7	0.3
Manía (bipolar)	1.6	0.9	0.4	1.1	0.8	0.4	1.3	0.9	0.4
Hipomanía (Bipolar II)	2.4	0.9	0.4	1.6	1.2	0.4	2.0	1.1	0.4
Distimia con jerarquía	0.5	0.4	0.2	1.1	0.5	0.2	0.9	0.4	0.2
Cualquier trastorno afectivo	6.7	3.0	1.3	11.2	5.8	2.4	9.1	4.5	1.9

Trastorno de ansiedad									
Pánico	1.3	0.4	0.2	2.9	1.7	0.5	2.1	1.1	0.4
Agorafobia sin pánico	1.0	0.7	0.3	3.8	2.5	0.8	2.5	1.7	0.5
Fobia social	3.8	1.8	0.5	5.4	2.7	0.9	4.7	2.3	0.7
Fobia específica	4.0	1.9	0.7	9.8	5.8	2.2	7.1	4.0	1.5
T. de ansiedad generalizada	0.7	0.6	0.6	1.6	0.8	0.3	1.2	0.7	0.4
Trastorno de estrés posttraumático	1.9	0.4	0.2	3.3	0.8	0.2	2.6	0.6	0.2
Cualquier trastorno de ansiedad	9.5	4.9	2.2	18.5	10.8	4.1	14.3	8.1	3.2
Trastorno de sustancias									
Consumo perjudicial de alcohol	4.9	1.0	0.1	0.3	0.0	0.0	2.4	0.5	0.0
Dependencia al alcohol	11.5	3.7	1.2	1.0	0.2	0.1	6.9	1.8	0.6
Consumo perjudicial de drogas	2.4	0.8	0.2	0.0	0.0	0.0	1.1	0.4	0.1
Cualquier trastorno de sustancias	17.6	6.8	1.7	2.0	0.7	0.4	9.2	3.5	1.0
Otro trastorno									
Trastorno de la actividad de la atención	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Anorexia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Adult Separation Anxiety Disorder (**)	1.3	0.6	0.3	3.5	0.9	0.5	2.5	0.7	0.4
Bulimia nerviosa	0.6	0.0	0.0	1.8	0.8	0.5	1.2	0.4	0.3
Trastorno disocial	10.3	2.1	0.0	2.3	0.3	0.0	6.1	1.2	0.0
Trastorno disocial desafiante y oposicionista	1.5	0.1	0.0	1.4	0.1	0.0	1.5	0.1	0.0
Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	0.3	0.0	0.0	0.8	0.1	0.0	0.5	0.0	0.0
Cualquier trastorno	30.4	12.9	5.1	27.1	14.8	6.5	28.6	13.9	5.8

\* Porcentajes.

\*\* En la Encuesta aparece en inglés.

Fuente: Medina-Mora, 1992

Los datos que aporta esta Encuesta llaman la atención por varias cuestiones: en primer lugar, la mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en las mujeres que en los hombres, a excepción de los asociados con el abuso de sustancias y los trastornos disociales (ligados a la violencia) en donde la relación es totalmente inversa. Si tomamos en cuenta la columna que consigna *Alguna vez*, las mujeres siempre tienen mayores porcentajes y con gran distancia. En segundo lugar, no aparecen o bien lo hacen en escaso número, los trastornos que en los países de altos ingresos (especialmente Estados Unidos) tienen alta prevalencia; me refiero, por ejemplo, al trastorno de la actividad de la atención, el cual ha producido un gran número de niños medicados con Ritalín (droga ansiolítica de dudosos resultados y altamente adictiva), la bulimia nerviosa y la anorexia. En este último caso, sospechamos que hay un subregistro pues es bien sabido que cada día aparecen más casos de este trastorno.

Ahora bien, si tomamos el reporte de egresos hospitalarios como una forma indirecta de consignar la morbilidad, podemos observar que los trastornos mentales y del comportamiento son apenas existentes. Esto puede interpretarse de tres maneras: o no hay servicios de salud mental disponibles para padecimientos no severos y solamente se recurre a algunos en casos graves que

son los que ameritan hospitalización<sup>5</sup>; o bien, no se suele recurrir en primera instancia a los servicios de salud y antes se recurre a otras instancias (sacerdote, brujo, etc.)<sup>6</sup>; o el dato es insuficiente y se requiere de aquellos que consignan la consulta en el nivel de Atención Primaria.

### Egresos hospitalarios por capítulo de causa según institución, 2001 Sistema Nacional de Salud

Cap.	Causa	Total	SSA	IMSS Sot	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SECMAR
	Total	4127 060	1490 778	219 801	1926511	342 016	60 660	73 117	14177
V	Trastornos mentales y del comportamiento	39 669	22 923	889	13 386	1 156	243	925	147

Fuente: Secretaría de Salud

### Egresos hospitalarios por hospital. 2002

Hospital	Total	Grupos de edad								NE
		Menor a 7 días	7 a 28 días	29 días a 11 meses	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 y más años	
I Mexicano de Psiquiatría	563	0	0	0	0	0	456	84	23	0
PS Dr. Juan N. Navarro	605	0	3	0	1	261	340	0	0	0
PS Fray Benardino Álvarez	3,369	0	0	0	0	0	2,652	526	191	0
PS Dr. Samuel Ramírez Moreno	150	0	0	0	0	0	105	32	13	0
P Aguascalientes	876	0	0	0	0	2	699	147	28	0
P La Paz	70	0	0	0	0	0	51	19	0	0
P Saltillo	416	0	0	0	0	7	318	69	22	0
PS Parras de la Fuente	20	0	0	0	0	0	14	4	2	0
PS Durango	729	0	0	0	0	1	560	141	27	0
PS León	1,043	0	0	0	0	0	837	166	40	0
PS San Miguel Eyacalco	373	0	0	0	0	0	306	52	15	0
PS Zapotlán del Valle	558	0	1	0	0	1	467	80	9	0
PS Dr. José Sayago	91	0	0	0	0	0	56	22	13	0
PS Granja la Salud	18	0	0	0	0	0	9	5	4	0
PS Morelia, Dr. José Torres Orozco	745	0	0	0	0	0	587	139	19	0
PS Monterrey	736	0	0	0	0	5	616	97	18	0
PS Oaxaca, Cruz del Sur	649	0	0	0	0	0	529	105	15	0
PS Puebla, Dr. Rafael Serrano	678	0	1	0	0	0	553	97	27	0
PS SLP Dr. Everardo Neuman	505	1	0	0	0	8	399	77	20	0
PS Hermosillo, Cruz del Norte	1,431	0	0	0	0	1	897	319	214	0
PS Villahermosa	728	0	0	0	0	2	604	99	23	0
PS Tampico	429	0	0	0	0	2	333	71	23	0
PS Orizaba	322	0	0	0	0	0	247	65	10	0

<sup>5</sup> "La disponibilidad y la accesibilidad a los servicios es una variable de suma importancia en la atención oportuna de las necesidades de salud de la población. La mayoría de los trastornos mentales tiene una evolución crónica con diferentes grados de incapacidad, misma que de no abordarse oportunamente, se vuelve severa con la consecuente carga para la familia y la sociedad...los hospitales psiquiátricos (son) el principal y, en muchos casos, el único recurso, así como (constituyen) un recurso indispensable para la atención de trastornos más severos"... (Caraveo, et.al.,1995:1)

<sup>6</sup> Consultar Medina-Mora, (1992) y Lara, (1996)

PS Mérida	1,440	0	0	0	0	7	1,095	247	91	0
PS Xalapa	307	0	0	0	0	0	254	37	16	0
PS Dr. Adolfo M. Nieto	79	0	0	0	0	0	39	28	12	0

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. SAEH

La mortalidad por trastornos neuropsiquiátricos ocupa el décimo segundo lugar en el país; no obstante, cuando se considera también la muerte prematura y los días de vida ajustados por discapacidad (AVISA), estos trastornos representan el 5o. lugar (Frenk, 1997), debido básicamente al hecho de que las personas que desarrollan trastornos mentales tienden a vivir en peores condiciones de vida<sup>7</sup>.

En el estudio epidemiológico más reciente<sup>8</sup> llevado a cabo en México (Wagner, 1999) se estima que la prevalencia a lo largo de la vida de episodios de depresión severa en personas entre 18 y 54 años es de 7.8%, después de la dependencia del alcohol (8.2%). El peso de este padecimiento, medido en años perdidos por discapacidad (AVISA) reporta que es mayor para las mujeres en las cuales representa 1.68 comparado con los hombres que es de 0.58 (Frenk, 1997). Merikangas y colaboradores (citado por Wagner, 1999), en una muestra de 1734 personas de la Ciudad de México, encontró que el 9.2% había tenido alguna vez en su vida desórdenes afectivos y un 9% desórdenes relacionados con la ansiedad. A nivel nacional, en las áreas urbanas estudiadas por María Elena Medina Mora y colaboradores, "el 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. Un 13% de la población presentó sintomatología depresiva severa con importantes variaciones de acuerdo con el género –17% de las mujeres en comparación con 8.5% de los hombres. En cuanto a la ideación suicida, la han reportado entre el 10% y el 14% de la población total... Los intentos de suicidio ocurrieron significativamente en mayor número entre los jóvenes, en tanto que la depresión fue más frecuente en la población de más edad".

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN CON NIVELES ALTOS DE DEPRESIÓN Y CON INTENTO DE SUICIDIO.			
	Población con niveles altos de depresión	Población con intento de suicidio	Población total
No trabajó en los últimos 30 días	41.9	42.5	36
Género			

<sup>7</sup> Los datos provienen del Sistema Virtual de Información del CONADIC, es un Boletín Especial en base al trabajo **La salud mental en México. Retos y perspectivas**, elaborado por María Elena Medina-Mora y Jorge Villatoro del Instituto Nacional de Psiquiatría.

<sup>8</sup> No se encontraron datos más recientes a no ser que se recurra al INEGI, en donde solamente se reportan datos duros sin análisis alguno y éstos no se refieren a la enfermedad mental propiamente tal, sino a la discapacidad, nueva manera de "contabilizar" a los que son "incapaces" de llevar una vida "normal".

Hombre	30.4	27.1	46.3
Mujer	69.6	72.9	53.7
Edad			
18 a 25 años	21.5	41.9	36.3
26 a 34 años	26.7	41.6	23.8
35 a 65 años	51.8	16.5	39.9
Estado civil			
Casado(a)/Unión libre	59.9	69.9	58.7
Soltero/a	37.8	25.6	37.9
Otros	6.4	4.5	3.4
Escolaridad			
Ninguna	9.3	*	6.6
Primaria	48.1	50.6	37.1
Secundaria	17.9	33.9	21.8
Preparatoria	19.5	11.4	18.9
Universidad	5.2	3.2	15.7
Media	6.5	7.7	8.1
S	4.1	4.7	4.6
% con condición	12.9	1.6	100
* < 1%			
Porcentajes obtenidos del total de la población en cada condición. Estudio Nacional de Salud Mental. Dirección General de Epidemiología. IMP. Secretaría de Salud. En: Medina-Mora, ME y cols. (1992) "Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional". Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.			

El 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre trastornos afectivos, principalmente depresión. Los trastornos depresivos y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención (González, 2004:1).

Los problemas de salud mental en la infancia no son identificados por lo que no se solicita atención al respecto, no obstante se calcula que un 7% de la población entre los 3 y los 12 años de edad se encuentra afectada.

En las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública, se atienden anualmente a un número aproximado de 140 mil niños con problemas de aprendizaje; 35 mil por deficiencia mental; 12 mil por problemas de lenguaje; 8 mil por trastornos de la audición; 3 mil por impedimentos motrices y 2 mil por problemas de la conducta.

Ahora bien, a partir del diseño de los indicadores (DALY's o AVISA) los padecimientos, trastornos, desórdenes o enfermedades mentales han adquirido un lugar en la discusión acerca de las necesidades de salud en el mundo (hay que

recordar que no fue sino hasta que se incluyó el concepto de discapacidad – *disability* en inglés- que hubieron datos confiables acerca de su prevalencia)<sup>9</sup>.

Hoy en día la tendencia mundial para considerar estos problemas de salud ha sido el agrupar todos los tipos de Discapacidad como una clasificación general. Así, los nuevos reportes epidemiológicos a nivel internacional contienen los datos de los discapacitados con deficiencias mentales, del oído, de la vista, del lenguaje, de la voz y del habla, osteoarticulares, del sistema nervioso, viscerales y otras deficiencias.

En México el INEGI reporta las discapacidades como deficiencias motrices, auditivas, del lenguaje, visuales, mentales y otras.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-I) de la OMS define las discapacidades como las consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos a nivel de la persona. Las deficiencias hacen referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia, y a la función de un órgano o sistema cualquiera que sea su causa; en principio las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano.

Según la Comisión Europea (1998) la dependencia que surge como consecuencia directa de la discapacidad y las deficiencias es el estado en el que se encuentran las personas que por razones de falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Las personas con discapacidad son un grupo con elevado riesgo de exclusión social por las barreras físicas, legales, financieras y de actitud a las que se tienen que enfrentar cada día. La elevada vulnerabilidad de los discapacitados fue reconocida en el Consejo Europeo de Niza en diciembre de 2000, en los objetivos comunes de la UE sobre inclusión social.

La exclusión social es un fenómeno multidimensional que está vinculado no sólo con los ingresos y los gastos sino también con el tipo de actividad que se desempeña, estudios cursados, vivienda, salud, valoración subjetiva de cómo se llega a fin de mes y satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios y sociales. (CERMI, 2003:13)

La discapacidad en el continente europeo ha sido analizada a profundidad desde 1995 cuando se publicaron los primeros resultados. Entonces la discapacidad en relación con la población total para UE fue de 12%, variando entre países desde el 9.3% en Grecia hasta el 15.2% en España. Más tarde, en 1996, Eurostat realizó otro estudio con 14 países de la UE y los datos revelaron que del 13% que presentan discapacidades, aproximadamente el 4% está teniendo graves dificultades o cierto grado de dificultades el 9%. Además, mientras que para una persona en edad laboral la probabilidad de encontrar trabajo es del 66%, para una persona con una discapacidad moderada esta probabilidad desciende al 47% y para una persona con discapacidad grave la probabilidad se reduce a 25% (CERMI, 2003:34).

---

<sup>9</sup> Ver apartado *Información y medida* en Introducción.

En el caso particular de España, el país de la UE que cuenta con mayor número de personas con discapacidad, encontramos los siguientes datos:

**Personas con discapacidad y tasas de prevalencia, por edad y género.**

Personas con discapacidad			Tasa por	1 000 habitantes	de cada grupo de edad
Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
3 528 220	1 472 971	2 055 251	89.90	76.60	102.67

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999.

Ante el creciente número de personas con discapacidad –en parte debido al envejecimiento de la población<sup>10</sup>- en este país se han llevado a cabo un sinnúmero de acciones para detectar, contabilizar, legislar y atender esta problemática; entre ellas citaré solamente algunas del ámbito nacional y del regional.

En 1999 el Instituto Nacional de Estadística (INE) llevó a cabo la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud en todo el territorio español. A partir de este estudio tanto el gobierno nacional como los regionales iniciaron una serie de acciones encaminadas a atender las necesidades de este sector de la población. Los datos que se obtuvieron fueron publicados en el año 2000. Enseguida se consignan algunos de los resultados en lo que toca al grado de severidad en la población afectada así como por causas de discapacidad. Para efectos del presente trabajo se consignan solamente las deficiencias mentales como causa de discapacidad.

**Personas de 6 a 64 años con discapacidades para las actividades de la vida diaria según máximo grado de severidad. España, 1998**

Severidad	Personas con discapacidades
Total	791 432
Discapacidad moderada	295 818
Discapacidad severa	255 387
Discapacidad total	227 099
No consta	13 127

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, deficiencias y estado de salud. INE España.<sup>11</sup>

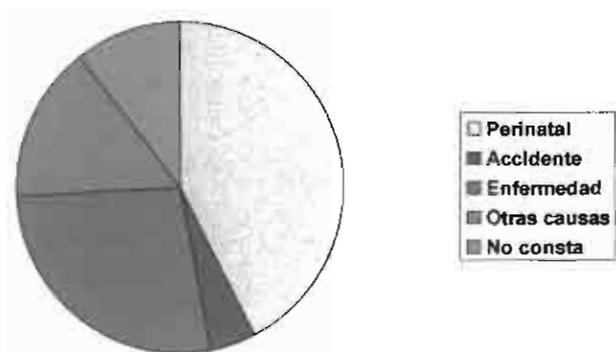
**Personas de 65 y más años con discapacidades para las actividades de la vida diaria según el máximo grado de severidad. España, 1998**

Severidad	Personas con discapacidades
Total	1 423 962
Discapacidad moderada	425 049
Discapacidad severa	479 870
Discapacidad total	487 843
No consta	31 199

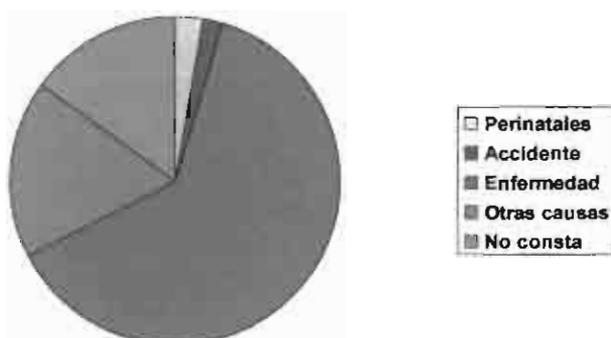
<sup>10</sup> En 2000 en España había casi 9 millones de personas de más de 60 años, sobre una población total de 32 millones.

<sup>11</sup> Las gráficas y tablas acerca de discapacidades en España que aparecen a continuación tienen la misma fuente.

**Deficiencias en personas de 6 a 64 años según las principales causas que las originaron.  
Deficiencias mentales.**



**Deficiencias en personas de 65 y más años según las principales causas que las originaron.  
Deficiencias mentales.**



**Personas de 6 a 64 años con discapacidades según el tipo de deficiencia que las ha originado. España, 1998.**

	Personas con discapacidades	Tasa por 1 000 habitantes de 6 a 64 años
Total	1 405 992	45.94
Deficiencias mentales	287 329	9.39
Retraso madurativo	8 032	0.26
Retraso mental profundo y severo	32 186	1.05
Retraso mental moderado	61 494	2.01
Retraso mental leve y límite	40 788	1.33

Demencias	7 126	0.23
Otros trastornos mentales	140 141	4.58

**Personas de 65 y más años con discapacidades según el tipo de deficiencia que las ha originado. España, 1998.**

	Personas con discapacidades	Tasa por 1 000 habitantes de 65 y más años
Total	2 072 652	322.11
Deficiencias mentales	227 542	35.36
Retraso madurativo	0	0.00
Retraso mental profundo y severo	1 242	0.19
Retraso mental moderado	2 036	0.32
Retraso mental leve y límite	2 113	0.33
Demencias	127 406	19.80
Otros trastornos mentales	95 599	14.86

A partir de estos resultados se han tomado medidas de carácter legal, administrativo, de salud, laborales, entre otras. Por sólo mencionar algunas, por ley todas las empresas del territorio español deben destinar el 5% de su plantilla a la población con discapacidad, en todas las regiones y provincias existen instalaciones dedicadas a la atención como centros de día, residencias asistidas; por otra parte, las personas afectadas tienen subsidios estatales y de las comunidades autónomas, becas escolares; inclusive hay un movimiento importante, tanto civil como estatal, que está exigiendo la modificación física de todas las instalaciones para facilitar el acceso y movilidad de las personas con discapacidades.

En México el panorama es muy diferente: entre que la necesidad aparece como menos acuciante (la población de más de 60 años no es aún de las dimensiones que se encuentran en Europa) y que en este país se responde a las necesidades de la población especial con mayor lentitud bajo el pretexto de que hay necesidades más importantes como la pobreza, no encontramos aún un movimiento similar al que encontramos en la UE<sup>12</sup>. Sin embargo, aunque no existen estudios con el nivel de detalle ni en la cantidad que se encuentran en la UE, los datos del INEGI señalan que la necesidad ya es acuciante, que de no tomarse las medidas pertinentes, el problema rebasará los límites y como siempre, el país llegará tarde al llamado de los que más requieren atención. Sobre todo, cuando esta problemática, lo vimos en líneas anteriores, va de la mano con las condiciones de vida precarias en las que viven más del 80% de los mexicanos. La lentitud, la negación, la simulación en este terreno no hace sino agravar las circunstancias y convertirlas en graves problemas de salud pública.

<sup>12</sup> Carlos Abascal, Secretario del Trabajo y Previsión Social, atendiendo al Día Internacional de las Personas con Discapacidad (día instituido por la Organización de las Naciones Unidas en 1992), estableció ciertas condiciones para que las empresas y negocios que "contraten a personas con alguna discapacidad y les brinden condiciones de trabajo adecuadas a sus necesidades" puedan obtener un reconocimiento de parte del gobierno federal como "Empresas incluyentes", lo cual les permitirá colocar un sello distintivo en los empaques de sus productos. (La Jornada, 4 de diciembre de 2004, p. 42)

**Porcentaje de la población según tipo de discapacidad. México, 2000**

	Motriz	Auditiva	Del lenguaje	Visual	Mental	Otra
Estados Unidos Mexicanos	45.3	15.7	4.9	26.0	16.1	0.7

Nota: La suma de los distintos tipos de discapacidad puede ser mayor a cien por la población que presenta más de una discapacidad.

Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de Datos.

Estos datos generales para los Estados Unidos Mexicanos deberían de hacernos preguntar si aún no ha llegado el momento de iniciar las acciones pertinentes para atender a la población con discapacidades. De un total de 1 795 300 personas con discapacidad,<sup>13</sup> el 45.3% tiene discapacidad motriz (si nos remitimos a la manera de reportar de la UE, habría que pensar que son deficiencias motrices que causan discapacidad); y el 16.1% de la misma población tiene una discapacidad por deficiencias mentales. ¿No es ya acuciante el problema?

<sup>13</sup> INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de Datos.

## II. LOS NIÑOS Y LOS JÓVENES

*Tan cerca está aún de sus juguetes,  
de sus libros de escuela, de sus ángeles,  
de la primera niña que ha besado,  
del seno de la madre, rebotante,*

*y ya se arma de un fusil en serio,  
del fuego de la muerte entre su canto,  
responsable de llantos y funias,  
vulnerables las sienes y el costado...*

*Juventud que se mata al propio niño  
que cada uno lleva entre la sangre  
y que sólo el dolor tiste del hombre  
puede, de un solo tiro, asesinarle.*

*Hay que luchar por ella, abate Pedro,  
y que se encuentre al fin con sus derechos  
de ser alegre en una tierra alegre,  
de lucir su amapola sobre el pecho,  
y de cantar los himnos de la vida  
sin fusil en la mano ni en el sueño*

*Juana de Ibarbourou*

*“En la miseria, mil millones de niños... más de 140 millones de pequeños no han acudido nunca a la escuela... A 15 años de la Convención sobre los Derechos del Niño... 110 millones de menores de 18 años (de un total de 200) en Latinoamérica y el Caribe viven en la pobreza, la mayoría de los cuales son indígenas y afro descendientes, con acceso limitado a los servicios básicos”*

*Nils Kalsberg, director regional de UNICEF<sup>1</sup>*

*“Cubre la desesperanza a jóvenes campesinos. Más de 9 millones de adolescentes no cuentan con servicios básicos o educación.”<sup>2</sup>*

En el capítulo anterior se perfilaron las condiciones de vida y de salud de diversos grupos de la población: mujeres, hombres, ancianos. Los niños y los jóvenes quedaron integrados de manera a veces indirecta, a veces completamente clara y directa. Este grupo poblacional estará presente, por ejemplo, en el capítulo III, cuando se tratará el tema de la violencia en general y la violencia contra las mujeres, en particular y en el capítulo VII cuando se abordará la problemática del abuso de sustancias, etcétera. Sin embargo, es necesario tratarlo de manera más precisa y específica en cuanto son los sujetos que por un lado padecen –si cabe la expresión– más a fondo y por el otro son “el futuro del mundo”. A este grupo, conformado por millones de niños y niñas desnutridos y sin escuela, sin acceso a servicios básicos; por jóvenes desesperanzados, cuya única alternativa a veces se limita a los inhalantes o a trabajos mal pagados, entre quienes la violencia es cotidiana, con el abuso como vara para medir las relaciones humanas, sin escuela, sin opciones, no se le augura un porvenir nada halagüeño para este planeta. Todo esto dentro de un panorama paradójico: nunca antes la humanidad había tenido a su alcance tantos instrumentos para evitar la enfermedad y la muerte pero a la vez nunca antes había prevalecido tanta enfermedad prevenible. A final de cuentas parece que al sistema le interesa que los niños y los jóvenes no mueran pero poco le importa cómo vivan.

Una combinación de planificación familiar y medidas de bajo costo (vacunas, promoción de la leche materna, monitoreo del crecimiento, terapia de rehidratación oral) han salvado vidas y disminuido la mortalidad. UNICEF estima que los programas de vacunación previenen cada año 3 millones de muertes; mientras tanto el no aplicarlos provoca cada año 1.7 millones de muertes por enfermedades prevenibles. Entre 1975 y 1990, la mortalidad en niños menores de 5 años disminuyó de 212 por 1 000 nacidos vivos a 175 en el África subsahariana, en India de 195 a 127...de 104 a 60 en Latinoamérica y el Caribe. Pero a pesar de estas mejoras esta tasa en los países menos

---

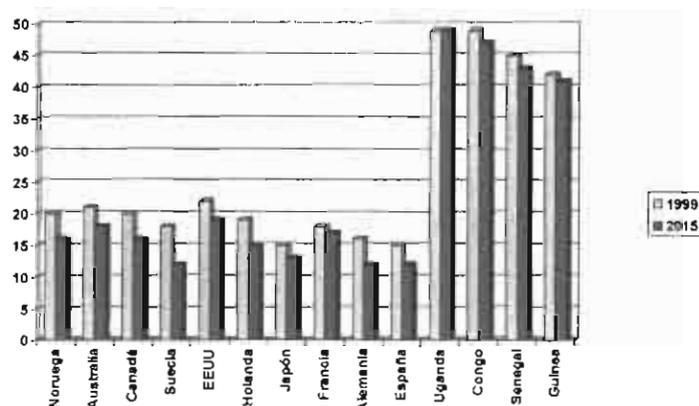
<sup>1</sup> Informe Estado Mundial de la Infancia, 2005.

<sup>2</sup> Lourdes Pacheco, investigadora de la Universidad Autónoma de Nayarit. La Jornada, 19 de septiembre de 2004. p.23

desarrollados (180) son diez veces mayores que en los 17 más desarrollados (Desjarlais, 1995:155).

### Población menor de 15 años en el mundo. Países más desarrollados y menos desarrollados según PNUD.

Tendencias demográficas, 1999-2015  
En % sobre población total.



### Salud infantil. México, 2002.

Concepto	2001
Mortalidad <sup>a</sup>	
Por enfermedades diarreicas	18.5
Por infecciones respiratorias	32.9
Por deficiencia nutricional	8.3
Tasa de mortalidad <sup>b</sup>	21.4
Cobertura de vacunación, esquema básico (%)	
Menores de 1 año	94.3
De 1 a 4 años	97.9
Enfermedades prevenibles por vacunación (casos)	
Poliomielitis	0
Tétanos	11
Sarampión	0
Tosferina	214
Difteria	0
Tuberculosis meningea	12
Problemas de talla (2001)	
Bajo peso para la edad (menores de 5 años, %)	8.0
Baja altura para la edad (menores de 5 años, %)	18.0
Bajo peso al nacer (%)	9.0
Anemia (menores de 5 años, %)	27.2
Niños con SIDA	3 600

a. Defunciones por cada 100 000 menores de 5 años, considerando subregistro

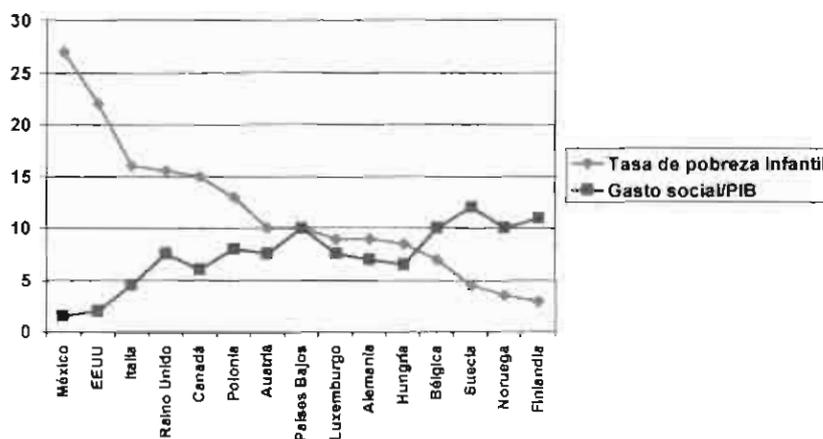
b. Muertes por 1 000 nacidos vivos

Fuente: SSA, 2002. Aguayo, 2004:87

UNICEF estima que uno de cada cinco niños en los países de bajos ingresos sufre desnutrición crónica y un número similar subsiste con dietas deficientes en uno o varios nutrientes<sup>3</sup>. Las enfermedades infecciosas –diarrea y neumonía principalmente-, la falta de acceso a la escuela, los desplazamientos por guerras, desastres naturales o hambre, la vida en la calle, las violaciones, las drogas, contra estos flagelos no hay vacunas y los niños y los jóvenes padecen y sufren y enferman y se vuelven locos también. La tabla anterior hace evidente que en nuestro país las condiciones de los niños son semejantes a las que prevalecen en el resto del mundo. Sin embargo, pareciera ser que el problema no es lo suficientemente acuciante como para realizar las inversiones necesarias.

### Gasto social y pobreza infantil en los países de la OCDE. 2004

Fuente: La Jornada en base a Informe Estado Mundial de la Infancia 2005, UNICEF



Estas condiciones de vida en los niños y los jóvenes que las han vivido desde su infancia tienen serias consecuencias en la salud: un desarrollo físico y mental escaso que se va acumulando a lo largo de los años y produce un peso y estatura menores que lo normal, fracaso escolar y retardo mental, desórdenes psiquiátricos y conductas antisociales.

El retraso mental, definido por CIE-10 como una condición de desarrollo de la mente detenido o incompleto, se caracteriza por deficiencias intelectuales, en lo cognitivo, el lenguaje, las habilidades motrices y sociales; puede ser leve, moderado, severo y profundo y está íntimamente ligado a la desnutrición y con causas prenatales, perinatales y postnatales. Todas ellas o casi todas prevenibles.

Se calcula (Desjarlais, 1995:164) que la prevalencia en los países de bajos ingresos es de dos a ocho veces más alta que en los países de altos ingresos.

<sup>3</sup> Este dato es de 1994; en 2004 continúa siendo similar: 16% de estos niños sufre desnutrición crónica, 400 millones no tienen agua, 270 millones no tienen acceso a los servicios de salud, 640 millones no tienen vivienda digna. Informe *Estado Mundial de la Infancia, 2005*

### Retraso mental Severo en niños de 3 a 9 años de edad.

País	No. de niños de la muestra	Tasa de Retraso Mental Severo/1 000 niños
Filipinas	1 000	5.0
Bangladesh	987	16.2
Sri Lanka	966	5.2
Malasia	981	11.2
Pakistán	995	15.1
Brasil	1 050	6.7
Zambia	1 139	5.3
Total	7 118	

Fuente: Stein et.al. 1986 citado por Desjarlais, 1995:164

En cuanto a los desórdenes psiquiátricos en niños y jóvenes se considera que el origen fundamental de éstos encuentra en la violencia: la que han recibido en su familia o por conflictos bélicos y la que impregna su conducta cotidiana. Esta problemática, si bien es más significativa en los países de bajos ingresos, se encuentra ampliamente difundida en los países del llamado Primer Mundo.

Mamphela Rraphele (citado por Desjarlais, 1995) considera, como resultado de la investigación en Sudáfrica, que el impacto de la violencia en una persona refleja la interacción entre la experiencia de la violencia y las estrategias que adopta esta persona para contener con ella. Los jóvenes requieren de conductas violentas para poder mantenerse dentro de las bandas que son, en última instancia, los únicos grupos de pertenencia donde se sienten seguros.

En España hay entre 11.000 y 15.000 neonazis reunidos en unos 70 grupos nazis españoles que realizan más de 4.000 agresiones al año según el Movimiento contra la Intolerancia. Esta organización también ha alertado sobre la proliferación de páginas web con contenidos racistas, y la captación de miembros en los fondos ultra de los campos de fútbol.

El presidente del Movimiento contra la Intolerancia, Esteban Ibarra, hizo públicas las conclusiones del informe durante la presentación de su libro "Los crímenes del odio"<sup>4</sup>, en la que participaron los padres de dos de las víctimas de los grupos nazis. El informe señala, además, que aunque no existen datos oficiales, en los últimos diez años se han registrado 60 asesinatos motivados por el odio xenófobo, racial o neonazi, y apunta que el número de agresiones podría ser superior a los reconocidos ya que muchos ataques contra los inmigrantes no son denunciados por sus víctimas.

Este libro se basa en la investigación "El mapa del odio", y señala a Madrid, Cataluña y Andalucía como las comunidades donde se registra una mayor presencia de estos grupos, y alertando sobre el incremento en Valencia, Murcia y Canarias. Sin embargo, llama la atención de que existen grupos skin o neonazis en más de 90 ciudades grandes y pequeñas de todas las comunidades autónomas, y agrega que el mercado de productos, insignias, ropa, libros y publicaciones de estos grupos genera un volumen de negocio de 12 millones de euros. Este material y los mensajes xenófobos son accesibles desde más de 100

<sup>4</sup> 11 de noviembre, 2003. Universidad de Barcelona.

páginas web dedicadas a propagar el racismo como Nuevaorden, Fuerza Aria o Anillo Nacional, que a su vez mantienen enlaces con grupos de otros países que en total tienen 4.000 sitios en la red.

Estas conductas, sin duda, señalan de manera evidente un deterioro y descomposición de la salud mental de los jóvenes europeos.

Por su parte, Buckner y colaboradores (2004), investigaron la asociación entre la exposición a la violencia y diferentes índices de salud mental entre 95 niños extremadamente pobres de 8 a 17 años. Los resultados indicaron que el 67% de los niños y adolescentes habían sufrido por lo menos una forma de violencia. Además la exposición a la violencia fue asociada significativamente en todos los niños y adolescentes con síntomas internos, como depresión y ansiedad; la asociación fue mayor en las niñas en comparación con los niños. Los síntomas externos de problemas de conducta también se asociaron con la violencia pero aquí no se detectaron diferencias por sexo. La baja autoestima y la percepción crónica de peligro fueron se presentaron como lo que relaciona la exposición a la violencia y los síntomas de desórdenes mentales.

En cuanto a la prevalencia de desórdenes mentales se ha reportado que los niños y preadolescentes son más proclives a presentarlos que las niñas y las preadolescentes, y suelen ser retraso mental, deficiencias en el aprendizaje, autismo e hiperactividad; durante la adolescencia la diferencia por sexo continúa, apareciendo los desórdenes emocionales, como la depresión y la ansiedad, sobre todo en las mujeres. En este sentido, Hallfors, et.al., 2004, reporta que la depresión es común entre los adolescentes de entre 15 y 19 años y el suicidio en estas edades es la tercera causa de muerte. Las tasas de prevalencia de la depresión, las ideas suicidas y los intentos de suicidio son más altas si se asocian con el uso de drogas y alcohol.

En México sucede algo similar; en este país coexisten condiciones de riesgo de todo tipo: urbanización acelerada, pobreza extrema, violencia, escasez de oportunidades para los jóvenes, etcétera.

La violencia es vivida por los niños y las niñas desde los primeros años de vida. El abuso o maltrato infantil, según Knaul (2003), que se basó en la Encuesta Sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF) realizada por el INEGI en la Ciudad de México en 1999, es más frecuente en las familias con menor grado educativo e ingresos más bajos, por lo que contribuye también a perpetuar el ciclo de la pobreza. Gran parte de la investigación sobre maltrato infantil, continúa Knaul,

se ha basado en encuestas a pequeña escala o en evidencias obtenidas de casos registrados en sistemas legales o de salud (Herrada *et al.*, 1992; INEGI, 2000b). Los estudios sobre abuso infantil y violencia intrafamiliar se han concentrado usualmente en el análisis de la frecuencia de este fenómeno (Hijar *et al.*, 1994) y en ocasiones, en los determinantes y características de las familias que padecen violencia intrafamiliar (Hijar *et al.*, 1995; Garza y Díaz, 1997). La evidencia obtenida de publicaciones hechas en México y otros países latinoamericanos sugiere que una gran proporción de niñas y niños son víctimas de violencia intrafamiliar. Los cálculos indican que en América Latina y el Caribe existen alrededor de seis millones de menores que sufren algún tipo de violencia grave y que al año mueren

aproximadamente 80 mil niñas y niños a causa de la violencia intrafamiliar (Buvinic *et al.*, 1999). Las encuestas del Proyecto ACTIVA revelan de manera consistente elevadas tasas de violencia contra este sector poblacional (Orpinas, 1998; OPS, 1999).

Lozano (2000), cuantificó el peso de la violencia doméstica en la salud y encontró que uno de cada seis años de vida perdidos, ajustados por discapacidad (AVISA), entre niñas de cinco a 14 años de edad se asocian con la violencia. Más aún, el número de los AVISA perdidos por maltrato infantil es aproximadamente la mitad de los AVISA perdidos por violencia marital.

Los resultados del análisis que se exponen en este trabajo sugieren que la violencia y el maltrato durante la infancia afectan a una considerable proporción de familias mexicanas. En la Ciudad de México, los datos de la encuesta indican que cerca de 18% de niñas, niños y jóvenes de hasta 17 años de edad viven en familias que padecen violencia, y que alrededor de 2.6 millones de personas y más de un millón de menores viven en familias violentas. Más de 30% de los hogares –aproximadamente 600 mil familias– experimentan actos violentos, y entre 19 y 28% de las y los informantes dicen haber sufrido maltrato infantil.

#### Porcentaje de menores atendidos por maltrato infantil según tipo de maltrato, México, 2001-2003

	Físico	Abuso sexual	Abandono	Emocional	Omisión de cuidados	Explotación sexual comercial	Negligencia	Explotación laboral
2001 <sup>a</sup>								
México	27.5	4.1	6.4	20.7	26.6	0.1	10.0	1.2
2002 <sup>b</sup>								
México	31.2	4.7	6.5	20.4	23.4	0.3	13.4	1.1

<sup>a</sup> La suma de los diferentes tipos de maltrato en este año es inferior al cien por ciento, ya que hubo entidades federativas en que no se logró especificar el tipo de maltrato de algunos niños. Para el Distrito Federal y Guerrero las cifras corresponden al primer semestre.

<sup>b</sup> La suma de los diferentes tipos de maltrato en este año es superior al cien por ciento, porque un menor puede sufrir más de un tipo de maltrato.

<sup>c</sup> Cifras preliminares a partir de la fecha en que se indica  
Fuente: INEGI, 2004.

Ahora bien, cuando la violencia es sancionada por la ley, los jóvenes son detenidos y son sujetos a tratamiento de diversa índole (psicológico, social, conductual) y depende del resultado de éstos y del juicio profesional e los tratantes la posibilidad de salir de los Centros de readaptación. Veamos, por ejemplo, el porcentaje de menores que han cometido delitos y están siendo sujetos a tratamiento según INEGI.

#### Porcentaje de menores infractores en diagnóstico, en tratamiento interno y en tratamiento externo, por sexo, en México, 2002-2003.

	En diagnóstico			En tratamiento interno			En tratamiento externo		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
México	15.6	15.6	10.3	23.3	26.3	15.9	61.1	58.1	73.8

Fuente: INEGI, 2004.

En el fondo del problema también se encuentra el abuso de las drogas que se acompaña, por lo general, de serios trastornos de la salud, tanto física como mental. Además de que la población más vulnerable es la de los jóvenes.

**Menores trabajadores de la Ciudad de México (de 6 a 17 años de edad)**

Porcentaje	Empacadores	Otras ocupaciones	Viven en la calle
Inhalables	0-5	6.5	69.9
Marihuana	0.8	1.8	28.1
Cocaína	0.9	1.5	14.6

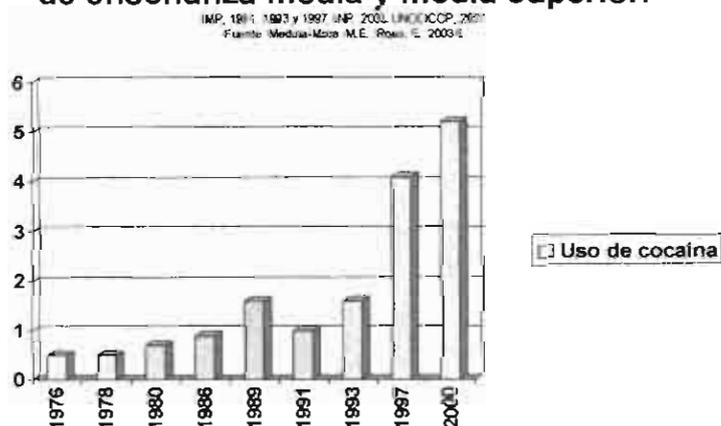
Porcentaje	Hombres			Mujeres		
	Empacadores	Otros	Calle	Empacadoras	Otros	Calle
Inhalables	0.5	5.8	75.0	0.5	4.4	59.4
Marihuana	1.0	2.3	31.3	0.5	1.1	21.9
Cocaína	1.0	1.7	15.6	0.7	1.1	12.5

DIF-DF/UNICEF

Medina-Mora, Robles, 2000

Fuente: Medina-Mora, M.E.; Rojas, E (2003): 9

**Incremento del uso de la cocaína entre estudiantes de enseñanza media y media superior.**



Los datos son alarmantes, escalofriantes y apuntan hacia un porvenir poco esperanzador. Si a ellos les añadimos las condiciones de vida en que se encuentran los jóvenes de hoy y que los niños encontrarán de aquí a poco, el panorama es aún más trágico. Porque si existe una vía para superar la violencia, el maltrato, la enfermedad, el abuso de las drogas, la delincuencia, la falta de vivienda, la necesidad de dejar su tierra y familia para emigrar y correr el riesgo de morir en el intento; si existe una manera de que los niños vuelvan a jugar y los jóvenes miren con ilusión hacia el futuro, es la educación, las oportunidades para desarrollar y llevar a cabo sus aspiraciones, tanto los que viven en el campo como en la ciudad. Sin embargo las vías y las maneras son cada día más escasas.

Edith Pacheco del Colegio de México, entrevistada por La Jornada<sup>5</sup> señaló que al menos 30% de la población de entre 15 y 19 años que vive en las zonas metropolitanas forma parte de la fuerza laboral asalariada, mientras que el porcentaje se incrementa casi 40% en las zonas menos urbanizadas, lo que indica que estos jóvenes están fuera del sistema educativo, sin posibilidad de continuar su formación y competir por puestos de trabajo mejor remunerados. "... los hogares que combinan mano de obra adulta y joven tienen un peso considerable en la estructura de las relaciones laborales y de la propia cultura del trabajo que se desarrolla en cada núcleo familiar, pues casi 30% de los hogares jefaturados por hombres y 40% de los encabezados por mujeres, cuentan con mano de obra joven que va de los 12 a los 30 años...". El ingreso económico suele ser menor que la mano de obra adulta cuestión que se agrava en las mujeres que suelen percibir hasta 40% menor salario. El 40% no tiene acceso a la seguridad social ni goza de prestaciones.

Por otro lado, en el ámbito de la educación no es más alentador lo que se les ofrece a los jóvenes. A pesar del crecimiento formal y oficial de la matrícula en el periodo 1990 a 2000, los sectores excluidos –los jóvenes entre 15 y 17 años de edad que no estudian, no trabajan, ni buscan empleo- permanecen fuera del sistema educativo, lo cual debería de poner en alerta acerca de las limitaciones de que hoy existen para revertir el círculo vicioso de la pobreza.

Ésta es una de las conclusiones del documento *Equidad y exclusión entre adolescentes urbanos de Argentina, Chile, Brasil y México* (SITEAL, 2003). Si se tiene en cuenta que la situación óptima es cuando los adolescentes sólo estudian y no trabajan ni buscan empleo, en 2000, 56% de los estudiantes brasileños y mexicanos se encontraban en esa condición y más del 80% de los argentinos y chilenos.

La situación de los jóvenes del campo es aún peor, si es que es posible.

De acuerdo con CONAPO, en el país hay más de 30 millones de jóvenes y, de ellos, alrededor de 30%, 9 millones 151 mil 484, habita en localidades rurales; más de la mitad, 51.2%, no tiene la primaria, 63% no cuenta con secundaria, 91.7% no estudió la preparatoria y 98.3% no tiene carrera profesional.

Lourdes Pacheco, investigadora de la Universidad Autónoma de Nayarit, entrevistada por La Jornada<sup>6</sup>, haciendo referencia a los campesinos jóvenes, señaló que "... algunos aprenden a escribir su nombre, pero otros ya perdieron la esperanza de hacerlo. Unos trabajan en "la campesina" con todo y sus 30 pesos al día... otros se van a la pesca para que al cabo de horas y horas reciban 11 pesos por kilo de mojarra; los que tienen un pedacito de tierra siembran maíz que apenas alcanza para que sobreviva la familia...". Están repartidos en los 196 mil asentamientos rurales que hay en el país, totalmente marginados de los beneficios. La Encuesta Nacional de la Juventud indica que sólo el 0.2% de estos jóvenes tiene computadora, 0.1% cuenta con Internet, 0.7% tiene teléfono en su casa, y si se trata de actividades culturales, apenas 0.4% de los jóvenes y 0.9% de las jóvenes ha tenido oportunidad de participar en ellas.

<sup>5</sup> 3 de diciembre de 2004. Pp. 11

<sup>6</sup> 19 de septiembre de 2004. Pp. 23

Hasta aquí hemos hecho hincapié en los niños y los jóvenes más desvalidos, los que el sistema tiene abandonados y para quienes el futuro es más desolador. Ellos son la gran mayoría, es cierto, pero los niños y los jóvenes que no sufren por hambre, que van a la escuela, aquellos que pueden tener expectativas y para quienes hay un porvenir, no están a salvo de padecer por enfermedades mentales; para ellos también hay violencia, en casa y fuera de ella, también hay drogas al alcance de su mano, también está el suicidio como escape a la desesperanza y la desilusión.

Es imperativo que a nivel de toda la sociedad se tomen las decisiones necesarias y pertinentes para recuperar a la niñez y la juventud, desde el hogar hasta las altas esferas estatales en tanto esta labor implicará necesariamente recuperar la vida de nuestro país. No es posible desconocer la dimensión del problema, el peligro es demasiado grande. Pero como en toda la problemática que se presenta en este trabajo, la labor tiene que ser integral, de todos y en todo, las acciones aisladas, desvinculadas, no llegan a tener el impacto que revierta la tendencia a la enfermedad y el deterioro.

### III. LA VIOLENCIA

*que yo sepa no hay guerras por amor  
las guerras salen de su pozo antiguo  
y las jaurías del terror las siguen  
proponen himnos/pero sobre todo  
misiles/repertorio de desastres  
izan banderas/pero sobre todo  
catálogos de pánico y de sangre*

*Mano Benedetti*

En 1994, la Organización Panamericana de la Salud realizó la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud y emitió la siguiente declaración con la que coincidieron tanto la OMS como el Banco Interamericano de Desarrollo:

La violencia constituye una seria amenaza para la paz y la seguridad ciudadana...afecta negativamente la calidad de vida de las personas...es un creciente problema de salud pública, hecho que se demuestra por los alarmantes aumentos en tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psicosociales en las poblaciones y ocasiona enormes costos a la sociedad (Lozano, et.al., 1997:83)

Estos son los argumentos de los organismos internacionales en los que se mezclan las finanzas y las leyes del mercado con una mirada médica liberal. Habría que añadir que la violencia es, sin lugar a dudas, uno de los rasgos distintivos de nuestra época; se encuentra en todos los países, en todas las culturas, con características diferentes pero a final de cuentas con el mismo poder devastador de sociedades, familias y sujetos. La violencia aparece como acto colectivo irracional, como acto de resistencia, como exacerbación, desesperación, defensa o ataque, aniquilando y exterminando los referentes y los vínculos tanto de quienes la perpetran como de quienes la padecen; nadie queda exento de sus efectos y causas.

Al lado de la pérdida de la vida, de la fragmentación de las familias, del desplazamiento de las poblaciones y la descomposición de las instituciones económicas y sociales, existe un gran cúmulo de trauma. Los problemas incluyen miedo, dolor, pérdida, aflicción, culpa, ansiedad, odio, tristeza y la distorsión de todas las formas cotidianas de la socialización, del lenguaje y la experiencia...los traumas de la guerra y el terror...suelen tomar la forma de un miedo y una angustia generalizados e invasivos que se experimentan a nivel corporal y permanecen de manera severa de por vida (Desjarlais, 1995:116)

El Reporte Harvard explica que el incremento de la violencia en el mundo se debe en esencia a tres factores: a las guerras civiles y aquellas de baja intensidad que asolan gran cantidad de países y poblaciones sobre todo del tercer y cuarto mundo; la proliferación de armas; y el incremento de la brutalidad de fuerzas paramilitares y mercenarias. Sobran los ejemplos que ilustran estos factores, y no es necesario cruzar los océanos; en nuestro continente –en los últimos 40 años- han estado presentes desde Nicaragua y El Salvador hasta los países del cono sur, Argentina, Chile y Uruguay, por mencionar sólo algunos. En nuestro país la guerra de baja intensidad contra el EZLN es la muestra mexicana de la violencia de este género.

En estos países se han hecho un sinnúmero de estudios acerca de los efectos de la tortura, las desapariciones, las violaciones y los desplazamientos forzados de grandes sectores de la población; en todos ellos ha aparecido la locura como secuela directa, llamada estrés post traumático, trauma o depresión,

pero locura al fin. Los más afectados suelen ser los más vulnerables: los niños, los ancianos y las mujeres, pero la ruina abarca a todos y todas. Los síntomas más comunes son retraimiento, depresión, miedo intenso y generalizado, disturbios del sueño, desórdenes gastrointestinales y del habla, desórdenes afectivos, pérdida de la orientación y evasión de la realidad, entre otros.

Martín-Baro (citado por Desjarlais, 1995: 122), por ejemplo, realizó un estudio con 350 personas de todas las edades que vivían en un campo de refugiados en El Salvador. El solo hecho de saber que el ejército estaba cerca del refugio provocaba en el 87% de las personas un miedo incontrolable; el pulso acelerado en el 75% y más del 64% experimentaban temblor en todo el cuerpo. Además de que padecían diarrea, dolores de cabeza, debilidad y fatiga. "Es menos una cuestión de estrés post traumático, es un síndrome de estrés traumático continuo que, como dice Starker, contribuye a una angustia total en los niños, más que a episodios traumáticos específicos" (Desjarlais, 1995:122).

Salimovich y sus colaboradores reconocieron en Chile tres formas en que se expresa el miedo persistente entre los sobrevivientes de la violencia: una sensación de impotencia, vulnerabilidad y debilidad; la constante sensación de tener que estar alerta y la percepción de que la realidad está tan distorsionada que no se puede contender con ella.

Buckner y colaboradores (2004), en un estudio realizado en regiones azotadas por la violencia colectiva encontraron que la exposición a la violencia a lo largo de un año se asocia con trastornos mentales (depresión y ansiedad, baja autoestima y la sensación crónica de peligro) en niños y adolescentes (entre 8 y 17 años) que viven en la extrema pobreza.

Estos episodios son horribles, aplastantes y provocan graves trastornos a muchos y muchas pero existe otro tipo de violencia que actualmente *convive* con estadios pacíficos, que se encuentra en todos los rincones y plazas de todos los países y México no es la excepción. Me refiero a la violencia cotidiana, en la calle, en los hogares, en el trabajo: asaltos, homicidios, secuestros, violaciones, robos, represión, linchamientos; todos esos acontecimientos que hacen de lo cotidiano un riesgo constante o si no un estado de inseguridad y miedo que obstaculiza el desarrollo óptimo de proyectos, relaciones, vínculos, de la vida misma. Como en los casos de violencia antes descritos, éstos no son aislados ni debidos solamente a individuos trastornados que actúan bajo su cuenta y riesgo: este tipo de violencia es síntoma y causa de condiciones de vida cada día más difíciles y precarias, de escasas perspectivas a futuro, de la desesperanza, la desilusión y la descomposición de los lazos colectivos y solidarios. La violencia, especialmente la de las ciudades, trae consigo –además- aislamiento, miedo y desconfianza. En un estudio realizado en México por Pilar Matud y colaboradores (2002) acerca de la relación entre apoyo social<sup>1</sup> y salud en mujeres y hombres (2 169 en total) se encontró que los síntomas somáticos, la ansiedad, el insomnio, la disfunción social y la depresión grave se correlacionan significativamente con un bajo apoyo social.

---

<sup>1</sup> "El apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable con otros" (Matud y cols., 2002:33).

Al otro lado del mundo, en otro estudio llevado a cabo en Australia (Ziersch, AM., 2005:71) se apunta en el mismo sentido; esto es, la confianza en los vecinos, la reciprocidad y la seguridad cívica son elementos que si se perciben negativamente tienen un impacto evidente en la salud física y mental. Esta circunstancia, señalan los investigadores, es más notable en personas con bajos ingresos, y en ancianos. Por su parte Petras, sociólogo y politólogo norteamericano, relaciona la violencia y los trastornos mentales a los efectos del desempleo, las condiciones precarias de trabajo y a la ausencia de canales de expresión colectiva de la rabia y la impotencia:

...las entrevistas, los testimonios y las visitas a las comunidades revelan las patologías mentales debidas al desempleo, a la inseguridad en el trabajo y a la degradación de éste: los índices de depresión crónica, de rupturas familiares, de suicidio, de violencia doméstica, de malos tratos infantiles y de comportamiento antisocial están en aumento, en particular si los desempleados se encuentran aislados o son incapaces de exteriorizar su hostilidad y su rabia mediante la acción social colectiva. La impotencia social y política del individuo genera impotencia personal y se expresa bajo la forma de pérdida de la autoestima, de trastornos sexuales y de inversión de la rabia hacia el interior, lo cual da lugar a un comportamiento autodestructivo (Petras, J. 2002:1).

La OMS (Rodríguez,2004:22) destaca como los principales factores socioeconómicos que aumentan la violencia: las drogas y la proliferación de las armas de fuego, las crisis económicas y políticas producidas por los ajustes estructurales, el desempleo elevado y la disminución del gasto social, la desigualdad de ingresos y el decremento del PIB. Como factores demográficos y culturales señala: la alta densidad de la población, la constante movilidad de residencia, la heterogeneidad de comunidades con escasa o nula cohesión social, el aislamiento social generalizado (cuando las personas no conocen a sus vecinos o no tienen participación en las actividades locales), la violencia en los medios y la concentración del poder económico. Todos estos factores son a todas luces los productos del sistema neoliberal y hasta los organismos internacionales han tenido que reconocerlo.

De acuerdo con este organismo, el número total de los AVISA perdidos en todo el mundo en 1999 fue de 5.961 millones. El grupo de lesiones, intencionales y no intencionales, representó 14% de la carga global de enfermedad; cifra de la cual las lesiones intencionales representaron 3.4% de la pérdida de los AVISA. La OMS estimó los AVISA perdidos por homicidios y por región durante 1999: el sureste de Asia (6.768 millones) ocupa el primer lugar, seguido de África (6.031 millones) y América Latina (4.624 millones); en las regiones con ingresos más bajos padecían con mayor intensidad las consecuencias de la violencia, como es el caso de América. Se estima que cerca de 10% del PIB de la Región de Las Américas se destina a sufragar gastos derivados de la violencia. (Soberón, 2002:59)

Si bien en México la violencia no es una cuestión nueva ni se encuentra circunscrita a ciertas zonas (tradicionalmente se hablaba de la que existía en el estado de Guerrero, Michoacán, Sinaloa, entre otros), actualmente ha llegado a índices tan altos y se presenta en casi la totalidad del territorio que se ha convertido en un problema de salud pública en tanto

...no sólo produce directamente lesiones y defunciones, sino que es innegable su influencia en el deterioro del entramado de las relaciones sociales, de la solidaridad y de la cooperación que hoy se suele denominar "capital social". La violencia tiene un impacto decisivo en las condiciones de vida de las personas, pues atenta contra su integridad física y emocional y contra su supervivencia; menoscaba su calidad de vida y, a la larga, erosiona las redes básicas de interacción social que sustentan el desarrollo de una comunidad. Aparte de los que mueren por lesiones debidas a hechos violentos, la morbilidad por causa de la violencia afecta a los sistemas de salud de cualquier sociedad, no sólo debido a la demanda de atención por los traumatismos ocasionados por la agresión, que suele ser lo más frecuente, sino a que también afecta otras áreas fundamentales para alcanzar la salud: la rehabilitación física, la atención psicológica, la recuperación de las capacidades productivas y la adaptación a las nuevas limitaciones orgánicas, repercutiendo de manera significativa en la organización, funcionamiento y costo de los servicios (Híjar, 2002:37).

La importancia de atender los estragos de la violencia no solamente depende de la discapacidad<sup>2</sup> que produce y el peso que implica en la organización, funcionamiento y costo de los servicios sino porque disminuir los índices de violencia significa un trabajo en la reestructuración del entramado social y la recuperación del "capital social" (Pellegrini citado por Híjar, 2002) perdido.

...la organización y la acción colectivas,...de organizaciones sociales comunitarias que llevan a cabo exigencias colectivas tienen un efecto positivo no sólo sobre la creación de nuevas oportunidades de trabajo, sino también desde el punto de vista terapéutico. Las luchas colectivas incrementan la autoestima y la eficacia personal, crean solidaridad y ofrecen una perspectiva social, todo lo cual reduce la anomia (Petras, J. 2002:1).

La violencia no se restringe a la definición clásica de la salud pública: "...hechos visibles y manifiestos de agresión física, que provocan intencionalmente daños capaces de producir enfermedad o muerte" (Lozano, et al., 1997: 86) o la propuesta por Riquer (citado por Lozano, et al. 1997: 88), "*Violencia* es la fuerza que se ejerce sobre una persona para obligarla a hacer algo contra su voluntad y *agresión*, la acción de acometer contra algo o alguien para dañar su persona y propiedades". Quisiera ir más allá: para mí es violento que un sujeto no tenga vivienda, que padezca hambre, que sufra por enfermedades prevenibles incluidas las mentales, que no tenga trabajo, que sea perseguido por sus ideas políticas,

---

<sup>2</sup> Considerada con criterios financieros de costo-beneficio

por su raza o religión, sexo o preferencia sexual, que un niño no pueda ir a la escuela, que un anciano muera de soledad, que alguien tenga que abandonar su tierra. En resumen, considero violento todo aquello que atenta contra los derechos humanos de los pueblos y contra las garantías individuales de todos y todas. La violencia crea un círculo vicioso perverso del que es difícil salir: la violencia del sistema genera locura y esta locura genera a su vez actos violentos que producen locura en las víctimas, quienes muchas veces no saben cómo actuar y recurren a la violencia. Por otro lado, considero la violencia como síntoma y causa de deterioro de la salud mental; el sujeto que perpetra un acto violento es un enfermo que al agredir a otro u otra provoca tanto daño físico como mental. Dicho de otra manera, los índices de violencia de todo tipo son un síntoma de un estado salud mental precario o deteriorado; y a la vez la violencia tiene como efecto el deterioro de la salud mental de las víctimas.

Ahora bien, dicho lo anterior y para poder exponer las dimensiones de la problemática de la violencia en sus manifestaciones más estrictas, habré de hacerlo separando la violencia que se expresa en lesiones intencionales, homicidios y delitos violentos en general -a la que llamaré violencia general<sup>3</sup>-, de la violencia dirigida hacia las mujeres (violencia de género) ya que ésta tiene características específicas y requiere de un tratamiento aparte<sup>4</sup>.

## **VIOLENCIA GENERAL.**

Las muertes violentas (los accidentes, los suicidios, los homicidios, etcétera) son la tercera causa de muerte en la mayoría de los países de altos ingresos y en los de bajos ingresos.

En la región de Las Américas, las causas de mortalidad asociadas con la violencia son alarmantemente altas y van claramente en incremento. En México, por ejemplo, los actos de violencia significaron el 5% del total de muertes en 1982, y el 8% de pérdida de años potenciales de vida. En El Salvador, las muertes violentas fueron el 9% del total de muertes en 1984 y el 21% de la pérdida de años potenciales de vida. En Colombia, la tasa de homicidios se incrementó en un 50% entre 1972 y 1982 y se triplicó entre 1983 y 1992. En 1990, en este país, el homicidio era la principal causa de muerte entre los menores de 20 años (Desjarlais, 1995:131).

Solamente en el año 2000, 1.6 millones de personas murieron en diversas partes del mundo como resultado de la violencia; la mitad por suicidio, la tercera parte por homicidio y una quinta parte por acciones bélicas.

La violencia no se distribuye por igual entre grupos con diferente ingreso ni entre los sexos y las regiones. La tasa de muerte violenta en los países de ingreso bajo y medio es el doble de la tasa en los países de ingresos altos; la mayoría de

---

<sup>3</sup> En el reporte Harvard establecen varias denominaciones para la violencia: violencia colectiva y violencia política para aquella que se produce a nivel masivo, vía la guerra, la represión, la tortura; violencia interpersonal a la que se manifiesta entre personas; y violencia sexual, reproductiva y doméstica a la que padecen las mujeres.

<sup>4</sup> Asimismo, el problema de la violencia que padecen los niños y las niñas y los jóvenes fue trabajado en el capítulo II.

agresores y víctimas son hombres, 77% de los homicidios y 60% de los suicidios corresponden a hombres; en África y América las tasas de homicidio duplican las del resto del planeta (20/100 mil) y son tres veces mayores que las tasas de suicidio (7/100mil).

**Mortalidad por homicidios en diferentes regiones del mundo y en países de América Latina, alrededor de 1990**

Región/País	Homicidios por 100 000
Colombia	74.5
África Subsahariana	40.1
América Latina	22.9
México	17.4
Brasil	16.4
Panamá	15.4
Mundo	10.4
Ecuador	10.4
Venezuela	8.8
Países Europa oriental	8.7
Medio Oriente	7.7
Otros países de Asia	7.5
Argentina	6.5
Nicaragua	6.0
India	5.1
China	4.5
Costa Rica	4.5
Paraguay	4.0
Uruguay	4.4
Países altos ingresos	3.8
Chile	2.9
Perú	2.8

Fuente: Murray y López, 1996. OPS, 1994 (Lozano, et.al.)

México se encuentra, según la OPS y el Banco Mundial, en una de las regiones más violentas del mundo; en el contexto de América Latina, este país ocupa el cuarto lugar en las tasas de homicidio. Solamente en el estado de Guerrero la tasa de homicidio es de 50 por 100 000 habitantes, más del doble de la media en esta región del continente (23/100 000). (Lozano, et.al., 1997).

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) calculó en octubre de 2004 el costo económico de la violencia y aseguró que asociado con un acto violento, el gasto en materia de salud implica en México casi un punto porcentual del PIB. Las pérdidas materiales que sufren las personas por esas causas ascienden a cerca de 50 mil millones de pesos, a lo cual se deben sumar las pérdidas asociadas al mantenimiento de un sistema de seguridad que representa 4.9% del PIB.

En el Distrito Federal es quizás en donde se hace más patente el incremento de la violencia dada la complejidad que representa una ciudad con más de 20 millones de habitantes (si se considera el área conurbada).

## Índice delictivo en el Distrito Federal. México, 1930-1995

AÑO	Crecimiento anual*	Índice x 100 000 hab.
1930		1 521
1940	3.24	1 464
1950	3.57	1 198
1960	6.05	1 204
1970	4.21	1 212
1980	3.04	1 213
1990	2.21	1 702
1991	2.68	1 812
1992	2.40	1 935
1993	-4.64	2 039
1994	20.77	2 388
1995	35.36	n.d.

\* De 1930 a 1990 es promedio anual de cada década.

Fuente: Informes de los Procuradores (1930-1970); PGJDF (1980-1995) (Lozano, et.al., 1997)

### Principales delitos violentos, promedios diarios. México, 1994-1995

Delitos	1994	1995	Variación porcentual
Homicidios dolosos	3.0	3.3	10.0
Lesiones dolosas	43.2	51.3	18.8
Delitos sexuales	6.5	6.3	-3.1
Robo casa/violencia	1.9	2.5	31.6
Robo negocio/violencia	18.5	24.0	29.7
Robo transeúnte	46.1	64.4	39.7
Robo repartidor	28.5	48.6	70.5
Robo vehículo/violencia	34.5	58.5	69.6
Daño propiedad ajena	59.3	66.1	11.5

Fuente: Centro de Información de la PGJDF. (Lozano, et.al. 1997)

### Criminalidad en México, 2002.

Concepto	Total
Promedio diario de delitos	4 153.5
Fuero federal (%)	4.9
Fuero común (%)	95.1
Tasa de delitos por 1 000 habitantes	14.71
Principales hechos delictivos denunciados en el fuero federal	73 803
Contra la salud (%)	32.0
Portación de armas de fuego (%)	21.8
Ataque a las vías generales de comunicación (%)	2.5
Principales hechos delictivos denunciados en el fuero común	1 442 226
Robo (%)	35.7
Lesiones (%)	17.6
Fraude y estafa (%)	4.2
Homicidio (%)	2.0
Violación (%)	1.0

Fuente: SSP, 2003. Aguayo, 2004:170

El homicidio, en 1994, era un problema que se concentraba en la población joven: el 4% de las muertes por homicidios sucedieron en la población de menos de 15 años; más del 40% en la de 15 a 29 años y el 30% en la de 30 a 44 años. Estas defunciones se concentraron principalmente en los estados de Morelos, México, Distrito Federal y Chiapas. Lozano et.al. (1997) alerta acerca de la tendencia a incrementarse en todo el territorio nacional aunque las cifras que reporta el INEGI al respecto pareciera que más bien muestran una tendencia a descender.

Otros datos que pueden dar cuenta de las dimensiones de la violencia en general son los relacionados con la mortalidad.

**Porcentaje de muertes violentas con respecto al total de defunciones, 1990-2002**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Total	11.6	12.0	12.3	11.7	11.6	10.9	10.5	10.5	12.4	12.2	11.9	11.7	11.4

**Porcentaje de muertes violentas con respecto al total de defunciones por sexo, 2001 y 2002**

Entidad federativa	2001	2002
<b>Sexo</b>		
Estados Unidos Mexicanos	11.7	11.4
Hombres	16.7	16.2
Mujeres	5.4	5.4
No especificado	16.2	14.4

**Porcentaje de muertes por homicidio con respecto al total de muertes violentas, 1990-2002.**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Total	23.6	24.1	26.3	26.2	25.4	26.1	24.5	22.4	24.6	22.6	20.7	19.9	19.2

Fuente: INEGI, Estadísticas de mortalidad.

El ejercicio de la violencia no siempre implica la muerte de la víctima; por ello, el indicador AVISA puede dar cuenta más precisa de la magnitud de esta problemática en tanto incluye los años vividos con discapacidad y la muerte prematura. En 1991 se perdieron 688 000 AVISA por homicidio y violencia a terceros; en 1994, se perdieron 791 000. De estos AVISA perdidos 61% son muertes prematuras y 39% años vividos con discapacidad. Nueve de cada 10 AVISA perdidos corresponden a varones; de los cuales, el 85% tienen entre 15 y 59 años. En el grupo de los varones entre 15 y 44 años representan la primera causa de pérdidas, ya que uno de cada cinco AVISA perdidos en este grupo de edad está relacionado con homicidios y violencia a terceros.

Además de los indicadores antes mencionados (mortalidad y AVISA) resultaría interesante contar con datos de morbilidad e ingresos hospitalarios debidos a la violencia, pero no ha sido posible precisarlos; éstos son demasiado generales, se refieren a *Traumatismos y envenenamientos, Fracturas, Traumatismos y heridas*, lo cual puede o no deberse a efectos de actos violentos. El mismo Lozano (1997: 109) reconoce "Con relación a los daños a la salud a

consecuencia de agresiones físicas de terceros que no producen la muerte, las estadísticas oficiales en México no aportan suficiente información. El hecho de que no se relacione la causa externa con la naturaleza de la lesión, no permite conocer ni analizar con detalle la cantidad de personas que son referidas a los servicios de salud con motivo de una agresión física”.

### Causas de morbilidad hospitalaria según lugar de importancia, 1998-2002

Causa de egreso hospitalario	1998	1999	2000	2001	2002
Embarazo, parto y puerperio	1	1	1	1	1
Las demás afecciones obstétricas directas	2	2	2	2	2
Parto único espontáneo	3	3	3	3	3
<b>Traumatismos y envenenamientos</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Enfermedades del sistema circulatorio	5	5	5	5	5
Ciertas afecciones perinatales	7	7	6	6	6
Enfermedades del sistema urinario	6	6	7	7	7
<b>Fracturas</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
Factores iatrogénicos	9	10	9	10	9
Aborto	10	9	10	9	10
Diabetes mellitus	11	11	11	11	11
Colelitiasis y colecistitis	13	12	12	12	12
<b>Traumatismos y heridas</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	14	14	14	14	14
Hernia de la cavidad abdominal	15	15	15	15	15

NOTA: Se refiere a los egresos hospitalarios reportados en la Lista condensada de morbilidad utilizada hasta el 2001 en la SSA. Se consideran las 15 causas de egreso hospitalario más importantes.

Fuente: Para 1998 a 2001: SSA. *Boletín de Información Estadística. Daños a la salud. Volumen II. No. 18, 19 20 y 21.*

México, D.F. Para 2002: SSA. *Base de datos sobre morbilidad (2002) por categorías de la CIE-10.* Reprocesamiento INEGI.

### Egresos hospitalarios por capítulo de causa según grupo de edad, 2001 Sistema Nacional de Salud.

Causa	Total	< 1 año		1-4		5-14		15-44		45-64		65 y más		N/esp.		
*	306703	7.4	4180	1.4	20241	6.6	49429	16.1	137409	44.8	50417	16.4	44993	14.7	34	0.0

\* XIX.- Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

Fuente: Base de datos de SSA.

### Egresos hospitalarios por causa según institución, 2001 Sistema Nacional de Salud.

Causa	Total	SSA	IMSS sol	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR
*	306 703	124 650	9 787	139 290	22 578	4 079	5 137	1 187

\* XIX.- Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

Fuente: Base de datos de SSA.

### Egresos hospitalarios por capítulo de causa según sexo, 2001. Sistema Nacional de Salud.

Causa	Total	Tasa por 100 000	Hombres		Mujeres		Días estancia		Defunciones	
			Egresos	%	Egresos	%	Número	Prom	No.	**
*	306 703	303.7	196082	63.9	110621	36.1	669439	5.4	4 610	1.5

\* XIX.- Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.

\*\* Letalidad por 100 egresos

Fuente: Base de datos de SSA.

## Atenciones por lesión según edad y sexo, 2002

	Total									
	Menor de 1	De 1	2 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 49	50 a 64	65 y más
Nacional	8 384	21 109	69 081	110 871	101 384	105 480	159 623	172 801	65 169	46147
	Mujeres									
	Menor de 1	De 1	2 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 49	50 a 64	65 y más
Nacional	3 879	8 688	27 379	38 783	32 401	32 675	48 976	61 501	27 345	22 210
	Hombres									
	Menor de 1	De 1	2 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 49	50 a 64	65 y más
Nacional	4 505	12 421	41 702	72 088	68 983	72 805	110 647	111 300	37 824	23 937

Pero aún así, aunque haya que especular acerca del origen del daño a la salud y asumiendo el riesgo, es muy alto el lugar que ocupan en el 2001 las causas señaladas: 4°, 8° y 13°. Además, de acuerdo con los datos de los Egresos hospitalarios, el capítulo XIX que se refiere a *Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas*, implica una tasa de morbilidad de 303.7 sobre 100 000 habitantes y solamente tienen una tasa mayor las del capítulo XV. *Embarazo, parto y puerperio* (1386.8/100 000) y las del capítulo XI. *Enfermedades del sistema digestivo* (421.0/100 000). La edad en la que estas causas están más presentes es en varones de entre 15 y 44 años e implican el 63.9% del total; las mujeres solamente están representadas por un 39.1% como víctimas de esta causa de morbilidad. Por último, de acuerdo con la letalidad por 100 habitantes (1.5) podemos inferir que los traumatismos no implican una alta letalidad pero sí hospitalización, con un promedio de 5.4 días de estancia, por arriba del promedio para todas las causas (4.0).

Es difícil sacar mayores conclusiones a partir de los datos presentados, sin embargo, sí se puede hacer una reflexión acerca de que la violencia efectivamente está presente en nuestro país y que representa desde ya un serio problema de salud pública. Sobre todo si pensamos lo que implica el recurso de la violencia en una comunidad: puede ser un rasgo cultural; también implica una conducta aprendida a lo largo de generaciones, se ha documentado ampliamente cómo padres golpeadores generan hijos que golpearán cuando lleguen a la edad adulta, es una violencia heredada y cultivada por siglos; pero también habla de desesperación, de falta de otros recursos, de imposibilidad de acercamiento al otro por la vía del diálogo, de impunidad, de corrupción, en fin, de relaciones humanas trastocadas y deterioradas. Quien está satisfecho de su vida, tiene un trabajo satisfactorio, tiene oportunidad de realización de proyectos de todo tipo, tiene a la mano salud, vivienda digna y educación, difícilmente llegará a la violencia para resolver sus problemas. Si aún así lo hace, seguramente está enfermo y requiere atención urgente. Ahora, si no tiene nada, si forma parte, como dice Kraus, de los grupos *sin*, esos "...que han sido desplazados del mundo y del presente; {que} son víctimas de las peores caras de la discriminación. Muchos *sin* subsisten en

condiciones de vida inimaginables; otros lo hacen llenos de rencor y resentimiento; algunos viven sumidos en la desesperanza y a no pocos los rodea un halo de odio –nihilismo también- hacia la clase dominante. Las cuestiones son realmente complejas: ¿qué hacer para devolverles a los *sin* lo suficiente? ¿Qué hacer para impedir que se rompa el insano equilibrio que para unos es normal y para otros pesadilla?” (Kraus, 2004<sup>a</sup>:22). ¿Entonces? También requiere atención urgente para que no enferme más, para que no enferme a otros; pero quizás la atención que requiere no es solamente del ámbito de la psiquiatría, de la psicología o de los fármacos, quizás también requiere atención su vida cotidiana, sus condiciones laborales. Quizás requiere darse cuenta, tomar conciencia de cuál es el origen de su rabia, de dónde viene, por qué se siente tan mal. Quizás debe reconocer al otro como igual, quizás lo necesita. Queden estas interrogantes para el final, si es que se puede dar una respuesta a tan difíciles y complejas cuestiones.

## IV. LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.

*A las que se rebelan, no se callan,  
las humildes y las mansas;  
las que imaginan cosas imposibles,  
el derecho a ser felices;  
a las que viven solas, pisoteadas,  
las que ya no esperan nada;  
a las desamparadas, olvidadas,  
las que caen y se levantan...*

*Víctor Manuel San José*

## VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Las reflexiones del capítulo anterior son una buena introducción al tema de la violencia en contra de las mujeres, a la manifestación de la violencia más deleznable en tanto se ejerce sobre un ser más débil, solamente equiparable a la que se ejerce contra los niños.

Hace más o menos un año, en ocasión de una manifestación de hombres extremeños en contra de la violencia contra las mujeres, José Saramago escribió en el diario El País de España una nota titulada *La cobardía de los hombres*; en alguno de los párrafos decía:

De Extremadura nos llega el buen ejemplo. Ya no son sólo mujeres quienes salen a la plaza pública protestando contra los malos tratos que sufren a manos de maridos y compañeros (compañeros, qué triste ironía ésta), y que, en tantos casos, además de esta fría y deliberada tortura, no retroceden ante el asesinato, el estrangulamiento, la puñalada, la degollación, el ácido, el fuego. La violencia ejercida desde siempre sobre la mujer encuentra en la cárcel en que se transforma el lugar de cohabitación (neguémonos a llamarle hogar), el espacio por excelencia para la humillación diaria, para la paliza habitual, para la crueldad como método. Es el problema de las mujeres, se decía, y eso no es verdad. El problema es de los hombres, del egoísmo de los hombres, del enfermizo sentimiento posesivo de los hombres, de la bajeza de los hombres, de esa miserable cobardía que los autoriza a usar la fuerza bruta contra un ser más débil físicamente y al que antes se le ha reducido la capacidad de resistencia moral. El ejemplo de Extremadura fructificará. Y tal vez llegue el día en que cien mil hombres, sólo hombres, nada más que hombres, salgan en manifestación a las calles, mientras las mujeres, ahora sí compañeras, desde las aceras les lanzarán flores. Es un sueño. Puede no ser una utopía (Saramago, 2003:28).

No es el problema de las mujeres, dice Saramago, es el problema de los hombres. Si los hombres cambian, pareciera decir, las mujeres dejarán de sufrir. Yo añado: es el problema de todos, victimarios y víctimas; hombres y mujeres debemos participar activamente en el cambio necesario; lanzando flores o caminando las calles con ellos, tratando de modificar colectivamente nuestro entorno, buscando canales de diálogo y expresión. Pero veamos el estado del problema para poder continuar conociéndolo e intentar imaginar soluciones, sueños o utopías.

La violencia en contra de las mujeres se expresa de muy diversas maneras: desde el asesinato y la violación, hasta el acoso psicológico y emocional; es un problema privado que por sus dimensiones se ha convertido en público. Sucede en el ámbito de la familia, el trabajo, la calle; responde a factores culturales, económicos y políticos, heredados, aprendidos, ocultados y negados pero evidentes y alarmantes. Hoy por hoy, como los actos de la violencia en general, es un problema de salud pública que debe ser abordado y atendido con urgencia.

El 13 de julio de 1991, en la escuela St. Kizito cerca de Nairobi, Kenia, los estudiantes varones organizaron una huelga en protesta por las cuotas escolares. Cuando las estudiantes mujeres se abstuvieron de participar, los chicos las atacaron: 71 niñas fueron violadas, 19 fueron heridas de muerte. El director de la escuela deploró las muertes explicando que 'los muchachos nunca quisieron herir a las muchachas, ellos solamente quisieron violarlas'...La violación es una prerrogativa masculina, un acto de violencia en el cual la mujer no aparece como víctima sino como objeto. Las mujeres son consideradas como una forma de propiedad y entonces el descargar la ira y la frustración en ellas generalmente resulta impune, o se les hace cumplir a las mujeres un sórdido papel funcional en el sentido de que evitan que los hombres descarguen su ira con otros hombres (Desjarlais, 1995:188).

Las principales secuelas de la violación incluyen trauma emocional, depresión, embarazo, enfermedades de transmisión sexual como el VIH y la muerte. La violación tiene severas consecuencias psicológicas, trae consigo un estigma que puede empujar a las mujeres a la prostitución para sobrevivir; otras elegirán el suicidio, sobre todo en sociedades en donde las mujeres jóvenes deben preservar la virginidad para el matrimonio. En Fiji, Filipinas, Tailandia, México y Perú (Desjarlais, 1995), las mujeres que han sido violadas son forzadas, a veces, a casarse con su violador para legitimar la acción y borrar el estigma.

Otras formas de violencia contra las mujeres incluyen la prostitución involuntaria y la esclavitud sexual femenina. Lo mismo que las enfermedades de transmisión sexual en general y el Sida en particular, ya que implican la imposibilidad e incluso prohibición de que tengan control sobre su sexualidad, de que exijan sus derechos. Pero también se encuentra violencia desde los Estados y desde las tradiciones: Los abortos involuntarios, las esterilizaciones forzadas y la circuncisión femenina son algunas de las prácticas sociales que deben considerarse como formas de violencia contra las mujeres.

Hasta hace poco tiempo se contaba con pocos datos acerca de esta problemática en tanto era ocultada y negada, incluso por las propias víctimas del maltrato, orilladas por el tabú social, la culpa o la vergüenza. Sin embargo, actualmente muchas mujeres y hombres también han empezado a denunciar estos hechos, se hacen multitud de estudios e investigaciones que documentan la dimensión de este tipo de violencia en la mayoría de los países, las sociedades ya exigen medidas para detenerla y algunos Estados ya han avanzado en la legislación y jurisprudencia de tan importante conflicto social.

Fuente	Lugar/población	Hallazgos
Sonali, 1990	Sri Lanka	60% de la muestra de mujeres de un vecindario pobre han sido golpeadas
Stewart, 1989	Bangladesh	El asesinato de mujeres por sus esposos significa el 50% de todos los homicidios.
Toft, 1986	Papúa Nueva Guinea	Los datos de la investigación revelaron que el 60% de las mujeres rurales, el 56% de las mujeres urbanas pobres y el 62% de las mujeres urbanas ricas son golpeadas

Valdez y Shrader-Cox, 1991	Nezahualcóyotl, México	La investigación mostró que 1 de cada 3 mujeres son víctimas de violencia familiar; 20% reportaron golpes en el abdomen durante el embarazo.
Banco Mundial, 1993	Tailandia	50% de las mujeres que viven en un barrio pobre de Bangkok son golpeadas regularmente.

Fuente: Desjarlais, 1995:194.

A raíz de esta toma de conciencia y acción se ha podido estimar que la llamada violencia doméstica y la violación implican el 5% del peso mundial de la enfermedad para mujeres en edad reproductiva (Banco Mundial, 1993)<sup>5</sup>.

Asimismo, cada día existe mayor evidencia de la asociación que existe entre el maltrato y los trastornos mentales. "Un estudio reciente encontró que las mujeres maltratadas necesitan de cuatro a cinco veces más tratamiento psiquiátrico y psicológico que las que no son golpeadas" (Desjarlais, 1995:194). En Estados Unidos una asociación de mujeres médicas elaboró (Zink, 2004) un estudio acerca de la relación existente entre la violencia ejercida por un compañero íntimo (IPV por sus siglas en inglés<sup>6</sup>) y la inestabilidad laboral. Encontraron que este tipo de violencia afecta la salud física y mental de las víctimas, comprometiendo su desempeño en el trabajo y conduciendo a la pérdida de éste. La mitad de las mujeres que participaron en el estudio habían perdido su trabajo por el IPV: porque el abusador les había exigido su renuncia, por miedo, por el exceso de faltas a causa de los efectos del maltrato y por problemas de salud exacerbadas por la IPV. Las autoras consideran este problema como un *síntoma de alerta roja* para que se siga investigando al respecto

En otra investigación, ésta llevada a cabo en Holanda, se estudió la comorbilidad entre depresión mayor, estrés post traumático y la IPV (Nixon, et.al. 2004:315). Encontraron que en el 75% de la muestra de víctimas de IPV había altos niveles de estrés post traumático (EPT) y en el 54%, depresión mayor (DM). El 52% declaró que la agresión psicológica por parte del abusador las conducía a EPT y DM. Aquellas que padecían tanto EPT como DM, además reportaron sufrir de esquemas de conducta que conducían a una mala adaptación al medio social.

En Europa en general y en España en particular, el problema de la violencia contra las mujeres está llegando a dimensiones enormes como puede verse en la Tabla que se presenta a continuación. Ya no sólo es problema el maltrato, sino

<sup>5</sup> Los hombres y las mujeres responden de diferente manera a la descomposición de las condiciones de vida. Ver Gráfica en página 29 del capítulo I.

<sup>6</sup> Intimate partner violence (IPV)

que hoy lo que preocupa a la sociedad europea es el incremento de asesinatos.

### La violencia doméstica en Europa. 2000

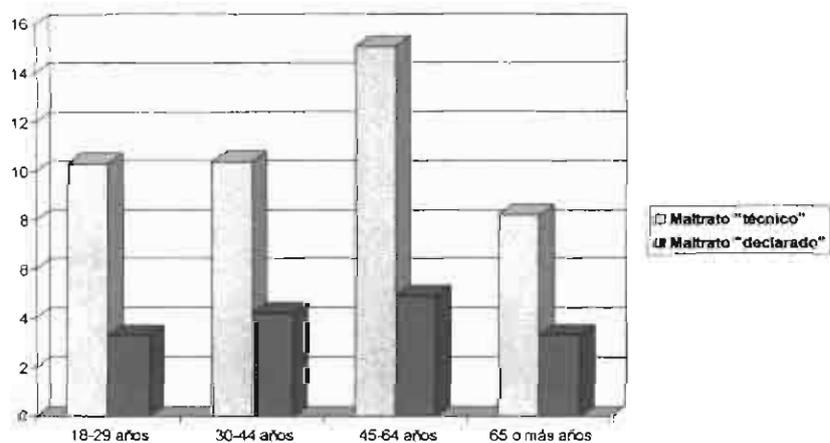
Fuente: Centro Reina Sofía

	Asesinatos de mujeres	Casos por millón de mujeres de 14 años
Rumania	119	12.8
Finlandia	19	8.8
Noruega	12	6.5
Luxemburgo	1	5.5
Dinamarca	12	5.4
Suecia	17	4.5
Reino Unido	107	4.3
Alemania	128	3.5
<b>España</b>	<b>43</b>	<b>2.4</b>
Irlanda	3	2.0
Polonia	30	1.8
Holanda	12	1.8
Islandia	0	0.0

En España el problema es también muy grande e involucra tanto a las españolas como a las extranjeras, aunque a éstas en menor medida.

### Mujeres maltratadas, según edad (2002)

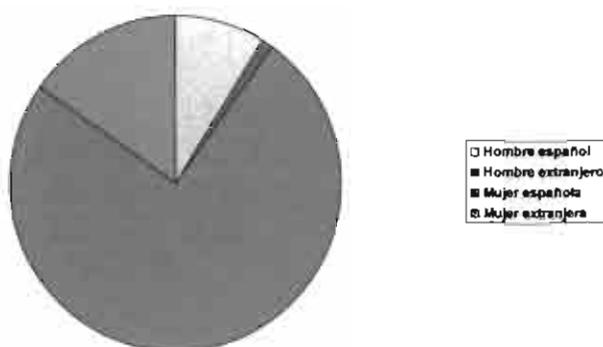
Fuente: Consejo General de Población, Ministerio del Interior, Instituto de la Mujer.



**Maltrato técnico:** Mujeres que, aunque no se consideran a sí mismas como maltratadas, responden que son víctimas de determinados comportamientos considerados como indicativos de cierto grado de violencia, por las personas expertas.  
**Maltrato declarado:** Mujeres que confiesan haber sido maltratadas durante el último año.

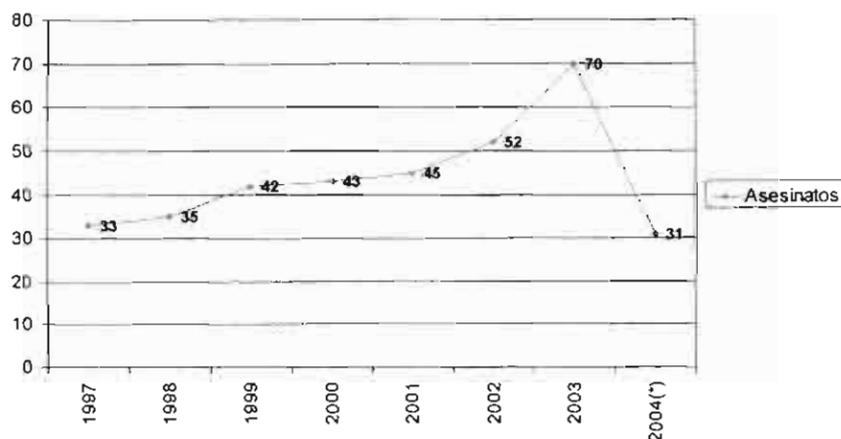
### Víctimas por sexo y nacionalidad. En %

Datos de censo a 1-1-2002: Extranjeros 1 572 017, Españoles 41 006 402; Censo Población Total 42 578 419  
Fuente: Consejo General del Poder Judicial (Informe sobre Violencia Doméstica)



### Víctimas de la violencia doméstica. Mujeres asesinadas.

(\*) De enero a junio de 2004  
Fuente: Ministerio del Interior, Instituto de la Mujer, Consejo General del Poder Popular



El 26 de noviembre de 2004, el número de mujeres asesinadas en España alcanzó el número de 83; esto es, alrededor de un 150% de aumento desde que se elaboró esta Gráfica.

Ante esta situación en el mes de junio de 2004 el Gobierno español promulgó la Ley Orgánica Integral contra la Violencia de Género que es considerada vanguardia en el tema; involucra casi todos los campos sociales y de acción, como es la educación, la salud, el trabajo y evidentemente los códigos penales y civiles de todo el territorio español. Esta Ley establece los derechos de las mujeres víctimas de violencia y los deberes de los poderes públicos así como los medios precisos para una efectiva garantía de los mismos, siempre desde una

perspectiva de apoyo incondicional a las víctimas y con tolerancia cero para con los maltratadores. Además incluye medidas de sensibilización en los ámbitos de la educación y de la publicidad. Contiene líneas para la participación activa de las instituciones y profesionales sanitarios (prevención, diagnóstico precoz y apoyo psicológico). Por otra parte, en el campo laboral, las mujeres trabajadoras que deban abandonar su empleo por maltrato cobrarán el seguro de desempleo. Las víctimas de la violencia percibirán el salario activo mientras se capacitan para desempeñar una profesión. Además las mujeres de más de 50 años percibirán ayudas económicas. Aquellas que hayan sufrido por la violencia de género tendrán preferencia para obtener una vivienda protegida. Podrán también adaptar o reducir su tiempo de trabajo así como tener el derecho a la movilidad geográfica. Asimismo si así lo requieren tendrán derecho a suspender la relación laboral con derecho a reserva de plaza y el tiempo de suspensión se considerará como cotizado en la Seguridad Social. Las ausencias en el trabajo se justificarán.

En un discurso de presentación de la Ley, la Ministra de Sanidad del Gobierno de España, declaró: “Estamos ante una lacra social que genera un enorme sufrimiento y que constituye también un grave problema de salud pública; no sólo por el impacto de la agresión sobre la salud física y psicológica de la víctima y sobre el resto del entorno familiar, especialmente los niños, sino también por el hecho de que ser víctima de la violencia aumenta el riesgo a contraer enfermedades”. (Elena Salgado, El País, 5 de junio de 2004).

México no es la excepción; inclusive está a la vanguardia pero por razones contrarias a España: los femenicidios de Ciudad Juárez colocan al país en los últimos lugares en cuanto a protección y seguridad de las mujeres. Volveré sobre este asunto más adelante.

Un estudio de Lozano (1997) —el cual analizó la violencia contra las mujeres a partir de las muertes de 1990 a 1995 reportadas en las estadísticas vitales, los expedientes del servicio médico forense de 1996, así como la información de encuestas en cuatro hospitales de los servicios de urgencias de la Ciudad de México— reportó que en el Distrito Federal las mujeres perdieron 11 mil AVISA por homicidios y/o lesiones causadas intencionalmente (42% fueron muertes prematuras y 57% fueron años vividos con discapacidad). Los principales motivos de los AVISA perdidos fueron: por asalto, 30.5%; violencia conyugal, 24.5%; riña por conflictos, 17.8%; maltrato infantil, 17%, y violencia sexual, 10.3%. De éstos, la violencia conyugal fue la que mayor muerte prematura acarreó (51.7%) y la violencia sexual la que mayor discapacidad trajo (78.8%).

Según INEGI, en el reporte que publica sobre la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, en ocasión del Día Internacional para la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre de 2004), 47 de cada 100 mujeres mayores de 15 años que conviven con su pareja en el hogar sufren algún tipo de violencia emocional, económica, física o sexual por su compañero o esposo; la violencia más usual, en este universo, es la emocional, seguida por la económica, física y sexual. Si se cibe el rango de edad a mujeres de entre 15 y 19 años, el porcentaje de las que sufren algún maltrato por parte de su esposo o compañero se eleva a 56%. La mitad de las que trabajan así como las que tienen al menos un hijo padecen agresiones de su pareja

**Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia y maltrato de parte del esposo o compañero, según el nivel de escolaridad.**

Sin instrucción formal	Primaria	Secundaria	Media superior*	Superior**
38	48	52.2	48.6	39

\*Al menos un año de educación media superior

\*\*Al menos un ciclo de educación superior.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares.

**Violencia contra las mujeres. México, 2000.**

Concepto	Total
Víctimas de agresiones (%) <sup>a</sup>	50
Agresiones no denunciadas (%)	80
Tipo de agresión (%)	
Gritos	85
Enojos	41
Insultos	25
Intimidación	16
Violencia física	11
Amenazas verbales	7
Abuso sexual	1

a. Mujeres que tienen pareja

Fuente: INEGI, 2000. Aguayo, 2004:100

Además esta Encuesta encontró que más de la mitad de las mujeres que actualmente padecen abuso por parte de sus parejas, también lo sufrieron en su familia de origen. Asimismo, un porcentaje un poco menor (45%) de estas mujeres, maltratan a sus hijos, cuestión que desciende casi a la mitad (27%) en las que no son maltratadas. “La evidencia registrada sugiere que existe transferencia intergeneracional de la violencia. Las personas adultas que sufrieron abuso durante su infancia son más propensas (en ausencia de información sobre programas de prevención) a formar parte de familias violentas, hallazgo que se mantiene constante aún al mantener controladas la educación y el ingreso de la familia” (Knaul, 2002:84).

Rodolfo Tuirán, subsecretario de Desarrollo Urbano y Ordenación del Territorio, declaró, el 18 de octubre de 2004, que 5 200 mexicanas -entre 15 y 49 años- mueren al año por causas violentas; es decir, 14 fallecen diariamente y dos de tres en sus hogares. Además, sufren agresiones físicas domésticas 1.4 millones de mujeres. El 97% de los delitos siguen impunes porque de cada 100 se investigan 50, 8 terminan en arresto y juicio y sólo tres en prisión con condena.

Pero además en México existen lugares en donde el horror se concentra, en donde la impunidad campea, me refiero a los femenicidios<sup>7</sup> en Ciudad Juárez. El 25 de noviembre de 2004 el número de mujeres asesinadas en esta ciudad del estado de Chihuahua llegaba a 451 casos en menos de diez años.

<sup>7</sup> “Femenicidio” es una categoría sociológica de suma utilidad en virtud de que permite describir las formas sociales específicas que caracterizan a los asesinatos de mujeres, quienes fallecen por razones diferentes a los hombres y en situaciones socio-judiciales distintas. (Limas y Ravelo, 2002)

“Los crímenes sexuales ocurridos en Ciudad Juárez son una manifestación de la cultura de la violencia legitimada en esta ciudad. Estos crímenes han sido definidos como crímenes de estado y a la situación que provocan como de emergencia nacional...” (Limas, 2002:111)

Estos femenicidios van dirigidos hacia mujeres pobres y jóvenes, muchas de ellas jefas de familia, trabajadoras de la maquila y estudiantes. Son crímenes que no sólo implican el hecho de matar sino de violar y torturar, de lastimar a las familias y a la sociedad en su conjunto. Esta situación ha provocado en Ciudad Juárez un estilo de vida basado en la inseguridad, el miedo, la angustia, la impotencia y el deterioro de la calidad de vida y de las relaciones sociales.

Los datos generales de Femenicidio son aberrantes, en un incremento exponencial de casi 700% para 7 años.

### Femenicidio en Juárez, 1985-2001

Periodo	Asesinatos de mujeres
1985-1992	37
1993-2001	259

Fuente: Alfredo Limas Hernández, elaboración con base en fuentes varias.

### Edades de las víctimas de Femenicidio en Juárez, 1985-1997

Edades	0-4	5-14	15-19	20-24	25-34	36-44	45-54	55-64	65 o más	Total
Distribución	6.3	15.3	25.6	11.4	22.2	12.5	1.7	2.3	2.8	100

Fuente: Martínez Canizales, Georgina. Mortalidad por homicidio. Investigación en proceso. UACJ.

### Delitos sexuales en Juárez, 1996-1999

	1996	1997	1998	1999
Averiguaciones previas	858	1 262	1 462	1 836
Violación	192	222	219	293

Fuente: Elaboración de Alfredo y Mireya Limas Hernández, con base en los expedientes de la Procuraduría de Justicia del estado de Chihuahua.

Ante tanto horror no se ha hecho prácticamente nada por parte de las autoridades estatales y federales. “Según la Fiscalía Especial para la Investigación de Homicidios de Mujeres de la Subprocuraduría de Justicia Zona Norte del estado de Chihuahua, de 1993 a la fecha (2002) van 259 mujeres asesinadas con estas características; se han consignado 156 personas y hay 73 personas sentenciadas por homicidios de mujeres. Según otros datos de la misma Fiscalía entre 1993 y 1999 se habían registrado 198 femenicidios en Ciudad Juárez. Se presume que en el 50% de éstos está implicado el asesinato por razones sexuales, como la violación” (Limas, 2002:113)

Por su parte, la SEDESO<sup>8</sup> explica los femenicidios en Juárez de la siguiente manera: “Uno de los principales motivos para asesinar a mujeres y menores de edad en la localidad (Ciudad Juárez) son los problemas familiares seguido por problemas pasionales. En 40.6% de los casos, los asesinatos se realizaron con

<sup>8</sup> Noticia aparecida en el diario La Jornada, el 18 de octubre de 2004, en boca de Rodolfo Tuirán, subsecretario de Desarrollo Urbano y Ordenación del Territorio.

exceso de violencia o brutal ferocidad, además de que no existía algún móvil, tal como venganza, motivos pasionales, riña y más". Quienes se han ocupado del problema son las organizaciones civiles de familiares y otras personas preocupadas por las llamadas "muertas de Juárez", que por lo menos no se cansan de denunciar nacional e internacionalmente esta ola de homicidios y la negligencia de las autoridades ante la total impunidad de los asesinos.

Ante unas leyes que desconocen la complejidad, profundidad y trascendencia de la problemática, por ejemplo el artículo 259 bis del Código Penal federal que dice: "Al que con fines lascivos asedie reiteradamente a personas de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o de cualquier otra índole que implique subordinación se le impondrá **una sanción de hasta 40 días de salario mínimo de multa...solamente será punible el hostigamiento sexual cuando cause perjuicio o daño y se procederá contra el hostigador a petición de la parte afectada**", las mujeres diputadas y senadoras, el Instituto Nacional de las Mujeres y numerosas organizaciones civiles han impulsado varias leyes y reformas y han suscrito otras internacionales que de alguna manera van poniendo coto a la violencia contra las mujeres:

- Ley de atención y protección a víctimas del delito, en vigor a partir del 21 de junio del 2000.
- Reformas al Código Civil, Penal y Procesales, en vigor a partir del 18 de mayo del 2001, así como la publicada el 19 de diciembre del 2002.
- Reforma el artículo 1° de la Carta Magna el 14 de agosto de 2001 y se promulgó la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, en vigor a partir del 12 de junio de 2003.

Además se suscribieron las siguientes Convenciones Internacionales:

- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en vigor a partir del 3 de septiembre de 1981.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; de Belém do Pará, Brasil, en vigor a partir del 19 de enero de 1999.

Como en capítulos anteriores la única reflexión que es posible hacer –además de las que se han hecho a lo largo del texto– es que es de importancia capital atender este problema desde todos los ámbitos: todos y todas debemos involucrarnos para detener el sufrimiento y el abuso.

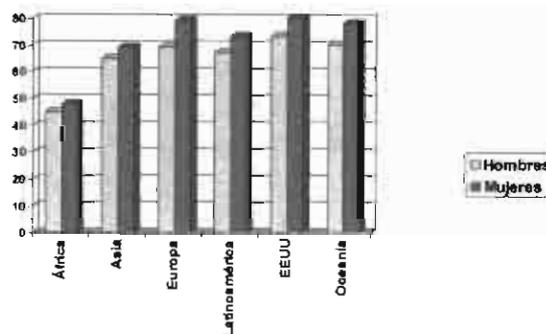
## V. LOS ANCIANOS

*Envejecer no es morir;  
la vejez es como un árbol:  
arde el Otoño en las hojas  
de que lo va despojando;  
la luz y el aire en sus ramas  
lo van desenmascarando  
y ofrecen desnudo el tronco  
al sol que lo está mirando.*

*José Bergamín*

Esta porción de la población, la que tiene más edad, más experiencia, más complicaciones de salud y económicas, son el sector de quien más se ocupa el sistema neoliberal hegemónico y sus organizaciones internacionales. La ciencia médica ha avanzado lo que nunca en las técnicas de prolongación de la vida, la esperanza de vida en los países de altos ingresos –por ejemplo Japón- llega ya a los 80 años; pero nunca antes habían habido tantos ancianos abandonados, solitarios y en condiciones de vida deplorables, padeciendo enfermedades crónicas que requieren mucha atención y mucho dinero para costearlas. A final de cuentas, como sucede también con los niños, es importante que no se mueran pero a nadie parece importarles cómo viven. En general y en casi todo el mundo – incluidos los países con más ingresos- son pensionados, por lo tanto más pobres, dependientes física y económicamente, con serias deficiencias para ir llevando su pequeña vida, las familias no pueden cargar con ellos y la mayoría van a terminar sus días en residencias o asilos generalmente públicos. No producen pero tampoco consumen y si lo hacen, consumen gasto público, del que hay cada día menos. Por eso son problemáticos, por eso se ocupan de ellos el Banco Mundial y la OMS.

Esperanza de vida en el mundo. 2000  
Fuente PNUD



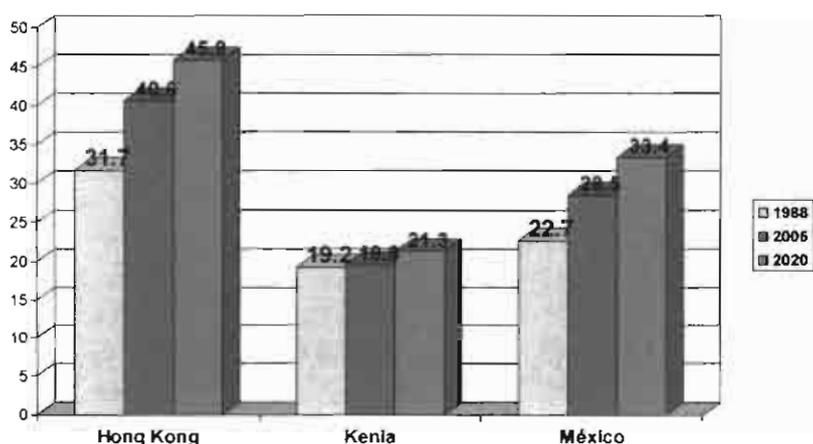
El número de ancianos en el mundo se duplicará, de 500 millones en 1990 a más de mil millones en 2025 (ONU, 1991). La mayor parte de este crecimiento se llevará a cabo en África, Asia y Latinoamérica. En 1990, 250 millones de personas de estas regiones tenía más de 60 años; para 2025 este número crecerá hasta 800 millones. Los sistemas de salud y las instituciones gubernamentales tendrán serios problemas para cubrirles sus necesidades... Estos cambios demográficos afectan la salud mental de varias maneras. El crecimiento de la población anciana significa un inevitable incremento en las enfermedades asociadas a la edad, como las demencias. Además los cambios en los patrones sociales alterarán el papel de los ancianos y la manera de valuarlos. Estos cambios pueden conducir a una salud mental precaria como depresión, ansiedad, suicidio y serias restricciones en la calidad de vida. Más aún, la alta prevalencia de condiciones físicas coexistentes como la incontinencia, las fracturas de cadera, y la pérdida de los sentidos influye en la salud mental a través de

deterioro de la autoestima y de la independencia. A esto hay que añadir que las familias también se ven afectadas por el aumento de demanda de cuidados que los ancianos requieren (Desjarlais, 1995:207).

La discriminación por edad, los servicios de salud para ancianos y la readecuación de instalaciones públicas para una población envejecida son en general territorio poco explorado en países que todavía están más preocupados por la mortalidad infantil y la creación de empleos para los jóvenes.

El envejecimiento de regiones generadoras de emigrantes, como América Latina, podría tener implicaciones también para Estados Unidos y los países europeos. Ante esta situación señaló Richard Jackson, director de la Iniciativa Global sobre Envejecimiento del Centro para Estudios Estratégicos e Internacionales de Washington, en una declaración a la prensa<sup>1</sup>: “Si no elevamos los niveles de vida ahora para poner algún tipo de red de seguridad para los ancianos, en 2030 o 2040 podríamos tener una crisis humanitaria de proporciones colosales”.

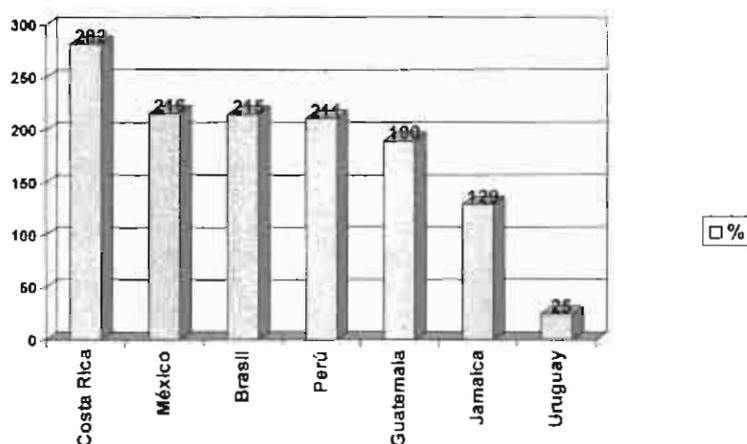
**Edad promedio de la población**  
Estructura etaria de la población para 1988,2005,2020



Fuente: Desjarlais, 1995:209

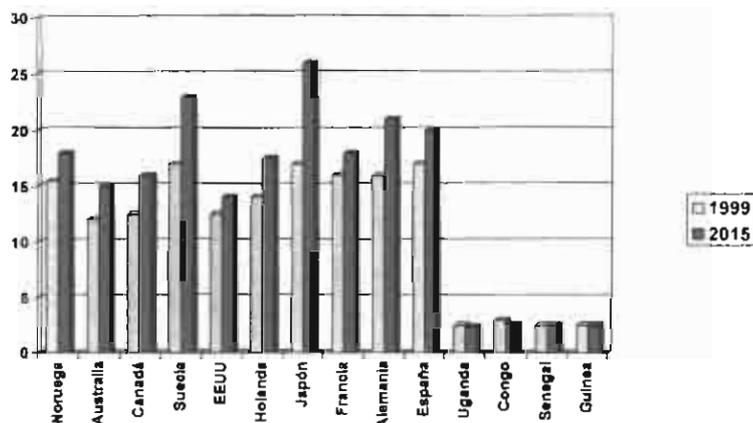
<sup>1</sup> La Jornada (2004), 28 de noviembre, P. 25

### Incremento porcentual de la población de adultos mayores Edades de 55 y más. 1988-2020



### Población mayor de 65 años en países con más ingresos y con menos ingresos según PNUD.

Tendencias demográficas, 1999-2015.  
En % sobre la población total.



Sin duda América Latina sigue siendo una de las regiones más jóvenes del planeta. En 2000, casi la tercera parte de sus 511 millones de habitantes tenía menos de 15 años, en comparación con la quinta parte en Estados Unidos. Sin embargo, los avances en la atención a la salud, nutrición y sanidad han elevado la expectativa de vida en la región a unos 71 años, casi 20 años más que a principios del decenio de 1950 y los servicios no han crecido en la misma proporción ni hay atisbos de que así sea.

Entre tanto, las tasas de fertilidad han caído de un promedio de 6 hijos por mujer a mediados del decenio de 1960 a unos 2.5 en la actualidad. Menos de 5% de la población mexicana, por ejemplo, era de edad avanzada en 2000; ese porcentaje será de casi 20% hacia 2050.

La disminución de la fertilidad en algunas naciones en desarrollo significa que habrá menos hijos que cuiden a sus padres ancianos, que es la red de atención tradicional en los países pobres. Las remesas de los migrantes, vitales para tantos ancianos del tercer mundo, tienden a disminuir en la medida que los hijos empiezan familias propias en los países a donde han migrado. Los sistemas tradicionales de pensiones que están resultando insostenibles en países ricos, lo son más para América Latina, donde la economía subterránea es enorme y la recaudación de impuestos muy baja.

En México, por ejemplo, la vasta mayoría de los ancianos carecen de pensión y más de la mitad no tiene cobertura de servicio médico, lo cual conducirá a mayor morbilidad y mayor pobreza conforme la población envejezca.

#### **Población de la tercera edad. México, 2002.**

Concepto	Total
Demografía	
Población de 60 años o más	7 627 365
Hogares con adultos mayores (%)	23.3
Representan de la población total (%)	7.32
Participación en el Padrón electoral (%)	13.0
Viven con familiares (%)	75.9
Población estimada para 2050 (millones)	36.2
Educación	
Escolaridad (grados)	3.4
Tasa de analfabetismo (%)	30.1
Rezago educativo (%)	88.7
Salud	
Defunciones anuales	226 000
Esperanza de vida <sup>a</sup>	21.7
Con acceso a seguridad social (%) <sup>b</sup>	48
Con alguna discapacidad (%)	40
Hospitales públicos especializados	6
Geriatras certificados	252
Ocupación	
Económicamente activos (%)	29.80
En ocupaciones formales (%)	19.49
En sector agropecuario (%)	37.16
En sector servicios (%)	45.08
Sin pensión (%)	75-80
Promedio mensual de pensión (pesos)	500-999

a. Años que se contempla puede vivir una persona de 60 años.

b. Incluye asegurados permanentes y familiares de asegurados

Fuente: CONAPO, 2003. Aguayo, 2004:108

Un resumen de la tabla anterior nos brinda un panorama poco alentador: en 2002 en nuestro país había casi 8 millones de personas de más de 60 años de los cuales, el 30.1% eran analfabetas y los que no lo eran tenían —en promedio— 3.4 años de grados de escolaridad; entre el 75 y el 80% no contaban con pensión y el resto, los pensionados, recibían entre 500 y 999 pesos al mes. Para ilustrar la dependencia, la CONAPO informa que el 75.9% vivía con familiares y en cuanto al cuidado de su salud, los datos dicen que existían solamente 6 hospitales públicos especializados y solamente 252 geriatras para una población que requiere mayor atención médica que el resto.

Por otro lado, la falta de seguridad en la tercera edad es evidente en las calles de la Ciudad de México, donde se puede ver como cosa de *natural* a ancianos que piden limosna o realizan trabajos de subsistencia en la economía subterránea. Casi la mitad de los varones mexicanos de 65 años y más están aún dentro de la fuerza de trabajo, en comparación con 18% en Estados Unidos. Entre las mujeres, 15% en ese rango de edad todavía laboran.

Los ancianos, adultos mayores o cualquier otro nombre que reciba este grupo etario, mueren principalmente por causas vinculadas a las enfermedades crónico degenerativas (corazón, diabetes, tumores malignos, etc.) pero aún siguen falleciendo por enfermedades infecciosas prevenibles (neumonía, desnutrición, bronquitis, etc.) como acontece con la población pobre o miserable del país.

En cuanto a la salud mental frecuentemente los ancianos con necesidades de salud mental no tienen acceso a los servicios hasta que sus problemas son tan severos que la única salida es recluirllos en una institución. Uno de los indicadores más evidentes de que es necesario incrementar los servicios de salud mental para esta población es la alta tasa de suicidios entre los ancianos. Aunque no existen datos confiables y suficientes y las diversas estimaciones difieren entre sí, algunos investigadores señalan que entre el 30 y el 40% de los suicidios son llevados a cabo por ancianos (Osgood, 1987 citado por Bernstein, 1997:240). Es importante señalar que estos datos corresponden a estudios realizados en Estados Unidos y coinciden en las estimaciones con los datos de Europa. Sin embargo, en México, ésta no es la realidad para el suicidio. En este país, las tasas mayores de suicidio corresponden a la población de hombres de entre 45 y 59 años (0.7 por 1000 habitantes), en quienes los problemas del desempleo, la familia y los hijos son más apremiantes que la vejez.

### **Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad, 1990-2003**

Grupos de edad	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total	3,9	4,2	4,4	4,7	5,2	6,1	6,4	7,2	6	6,1	6,7	7,4	7,4	7,8
65 y más años	3,8	3,6	4,2	4,4	4,9	5	4,9	4,7	3,6	3,8	3,7	4,3	3,8	4,1

Fuente: INEGI. Estadísticas de Mortalidad.

Otra cuestión que añade importancia a la atención de los ancianos es aquella que tiene que ver con las repercusiones que su estado de salud y dependencia significan para las familias y principalmente para los hijos quienes no tienen la preparación para tratarlos, ni el tiempo, ni los recursos económicos y

sociales<sup>2</sup>. En España se estima que alrededor del 15% de los mayores de 65 años no tienen domicilio fijo, son llamados Mayores Golondrinos: van de casa en casa, generalmente de sus hijos, porque no pueden estar solos. En Francia, en solamente tres meses del 2003, murieron 6 500 ancianos durante la ola de calor del verano: sus hijos habían salido de vacaciones y nadie los estaba atendiendo. En cuanto a la prevalencia de trastornos o desórdenes mentales, los más significativos en estas edades son las demencias. Se calcula que entre 2.4 y 5.1% de personas de 65 a 69 años padecen demencia senil, que entre los 75 y los 79 años el riesgo se presentarse se incrementa de 10 a 15% y 24% para personas de 80 a 90 años. Al superar los 90, 3 de cada 10 sufren algún tipo de demencia.

El Alzheimer es uno de los tipos de demencia más comunes en el mundo: entre 50 y 60% de los casos corresponden a este mal. Se calcula que en el mundo 11 millones de personas lo padece y en México uno de cada 10 mayores de 65 años.

Actualmente 60% de los ancianos del país viven en soledad y cada día disponen de menos recursos para sobrevivir, lo cual repercute en el deterioro de su calidad de vida, misma que puede verse aún más afectada si padecen enfermedades como el Alzheimer.

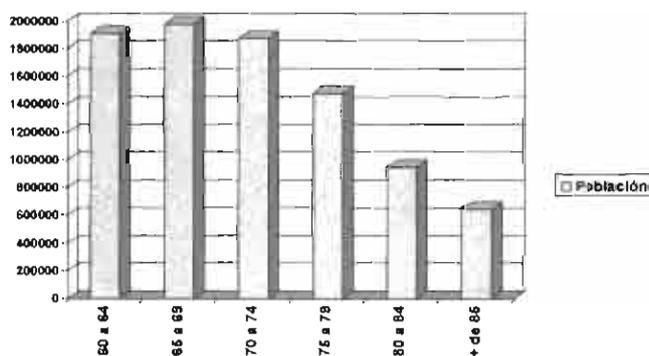
Por otra parte, tanto las enfermedades mentales como las físicas ocasionan que los ancianos padezcan deficiencias de diversa índole, lo cual hace más difícil aún su vida cotidiana.

En España, por ejemplo, país longevo por excelencia, la morbilidad hospitalaria por trastornos mentales (contabilizada como discapacidad) reporta los siguientes datos:

#### Mayores de 60 años en España. 2002

Total: 8 882 529

Fuente: INE



<sup>2</sup> Rodolfo Tuirán de la SEDESOL reconoció que "...de los 8.2 millones de mexicanos mayores de 60 años que actualmente existen se agrupan en alrededor de 5 millones de hogares, de los cuales, dos están en situación de pobreza". (La Jornada, 1 de septiembre, 2005: 47)

### Personas con discapacidades según edad y sexo. Año 1999

	Total		Hombres	Mujeres	Tasa por 1 000 hab.	
	Con discapacidad	Distribución por edad			Hombres	Mujeres
65 y más	2 072 620	58.74	733 809	1 338 844	270.80	359.45
65 a 69	386 338	10.95	161 083	225 255	170.97	207.28
70 a 74	457 269	12.96	168 643	288 626	219.52	299.40
75 a 79	476 926	13.52	172 670	304 256	325.16	399.15
80 a 84	370 701	10.51	120 382	250 319	428.94	500.73
85 y más	381 418	10.81	111 031	270 388	591.64	656.59

Fuente: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. INE

### Estancias causadas, según el diagnóstico definitivo y la edad de los enfermos

De 35 a 44	De 45 a 54	De 55 a 64	De 65 a 74	De 75 a 84	De 85 y más
623 603	461 495	493 632	424 998	359 049	242 352

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INE.

### Deficiencias según las principales causas que las originaron. Para población de 65 años y más. Año 1999

	Total	% sobre el total	Perinatal	Accidente	Enfermedad	Otras causas	No consta
Todas las causas	3 159 728	100.00	65 668	221 821	2 179 023	680 279	12 936
Deficiencias mentales	227 630	7.20	6 765	5 669	170 758	43 985	454

Fuente: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. INE

Según el INEGI y el Instituto Nacional de las Mujeres en México sucede lo mismo que en España aunque en diferentes proporciones. En este país, como en aquel, la edad avanzada y las enfermedades son responsables de 55% de los casos de discapacidad. Poco más del 23% adquirió esta condición a consecuencia de su vejez y el resto por la ocurrencia de padecimientos diversos. Son las mujeres las más afectadas en ambos casos, así como cuando se conjugan los dos factores, pues entre los adultos mayores 48.8% del total de los discapacitados son mujeres; en España son el 63% del total de los discapacitados de más de 65 años.

### Población mexicana con discapacidad por grupos de edad según sexo, 2000

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	1,795,300	943,717	851,583
60 a 64 años	115,935	59,907	56,028
65 a 69 años	122,802	61,286	61,516
70 y más años	506,023	230,484	275,539
No especificado	15,364	7,064	8,300

Fuente: INEGI, Censo 2000

Esto es, el problema está presente y si no se toman las medidas y decisiones pertinentes “se podría pasar de ser un país de niños pobres a uno de ancianos pobres” según lo reconocido por el Secretario de Salud<sup>3</sup>.

En el cuadro que se presenta a continuación se pueden leer los factores que potencialmente afectan la salud mental de los ancianos, así como algunas situaciones que los atenúan. Éste fue elaborado por la Universidad de Harvard en el año 1995 y representa esta problemática en el plano general y está enfocado al análisis en los países de bajos ingresos. Sin embargo, resulta claro que en 2005 en México estos factores están presentes lo que lleva a reflexionar que nuestros ancianos están y estarán en riesgo de padecer problemas relacionados con la salud mental. La mayor esperanza de vida, los cambios económicos, las migraciones, el rezago educativo y sanitario<sup>4</sup>, el abandono y la pobreza tienen efectos directos en la salud mental: depresión, suicidio, disminución de la auto estima, etcétera. No existen aún datos al respecto, la problemática aún no es peligrosa, pero de persistir la deficiente planificación ante el envejecimiento poblacional, estaremos pronto ante un serio problema de salud pública.

---

<sup>3</sup> La Jornada, 1 de septiembre, 2005: 47

<sup>4</sup> En este mismo artículo periodístico Frenk reconoce un rezago epidemiológico y el crecimiento de las enfermedades no transmisibles, como las lesiones, problemas de salud mental, tabaquismo y obesidad. En el ámbito de lo educativo los datos no son mucho más alentadores. En el D.F. tres de cada 10 personas adultas mayores no saber leer ni escribir y 5 de cada 10 no completaron su educación básica. (La Jomada, 29 de agosto, 2005:43)

## FACTORES QUE POTENCIALMENTE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE LOS ANCIANOS.

Fuente: Desjarlais, 1995:212

### CAUSAS PRIMARIAS POTENCIALES

La esperanza de vida aumenta en toda la población y disminuyen los niveles de fertilidad

Los cambios económicos causan que el precio de los productos del campo disminuyan en relación con los manufacturados

La migración campo ciudad es cada vez más intensa

### CAUSAS SECUNDARIAS

Incremento absoluto del número y la proporción de población anciana

Las estructuras sociales que aseguraban el cuidado de los ancianos a través de la herencia de la tierra se empiezan a romper y los bienes que se heredan tienen menos valor. Los ancianos pierden respeto y cuidados, y en casos extremos, enfrentan el aislamiento y el abandono

Los desplazamientos de los ancianos hacia las ciudades y aquellos que envejecen en ellas, sin la sanidad básica y en constante riesgo de quedar sin recursos, implican serias amenazas a la salud física y mental

La mayoría de los migrantes hacia las ciudades se encuentran en edad reproductiva y volverán al campo cuando sean ancianos. Por ello, en general, los pueblos rurales están habitados por ancianos y niños. De esto resulta que los ancianos vivan en mayor aislamiento y falta de cuidados adecuados

### CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL

Incremento de las enfermedades a la edad, como las demencias

Depresión creciente, abuso de sustancias, suicidio, sentimientos de minusvalía y autoestima

Incremento de estrés que provoca depresión y altas tasas de abuso de sustancias y suicidio

Mayor soledad y menor sentimiento de ser útil

Jóvenes con más educación

Cuando los jóvenes están educados formalmente y sus padres y abuelos no lo están, puede suceder que los jóvenes no valoren a sus mayores ni a sus tradiciones y costumbres. Esto puede conducir a que los ancianos se sientan inútiles y que sean abandonados por sus familias.

Mayor depresión, ansiedad y disminución de la autoestima

Ancianos con más educación

Cuando los ancianos son personas con educación generalmente son más independientes desde el punto de vista económico y pueden solventar los cuidados que necesitan

La depresión, la ansiedad y la sensación de minusvalía se atenúan

El ingreso per cápita aumenta en algunos países y mejoran los servicios de salud

Se reduce la mortalidad, particularmente entre los hombres, quienes tienden a morir más jóvenes que las mujeres, resultando un menor número de viudas y mayor disponibilidad de servicios para ancianos

Disminución de la soledad, menor ansiedad y sentimientos de minusvalía

## VI. LAS MIGRACIONES Y LOS DESPLAZAMIENTOS.

*Larga  
marcha será la que su pie transite  
para llegar a la promesa tierra:  
el porvenir confiscará los pasos  
de la incansable procesión, y un día  
renunciaremos al dolor de bestias  
para empezar a padecer como hombres*

Para abordar este tema es necesario diferenciar varios tipos de migración: la que se produce cuando grandes poblaciones huyen de su país o a regiones más seguras por efectos de la guerra o la represión; la que resulta del desplazamiento de poblaciones por la construcción de grandes obras de infraestructura, como presas, carreteras, entre otras; y aquella que se da por cuestiones económicas.

Todas ellas implican en mayor o menor medida un desastre humano, empobrecimiento, desnutrición, incremento de la morbilidad, dependencia, ruptura de las normas comunitarias y pérdida de los sistemas de apoyo social. Por otra parte, es una problemática que tiene implicaciones políticas y económicas en tanto conlleva fuertes sumas de dinero e involucra –por lo general- negociaciones y acuerdos a nivel internacional entre países de altos ingresos (receptores de migrantes) y de bajos ingresos (los que expulsan a los migrantes a cambio de estabilidad económica<sup>1</sup>). Todas estas circunstancias, entre otras cosas, producen –por si fuera poco- la exacerbación del pánico social frente a la migración que se traduce en actitudes de prevención administrativo-política frente al extranjero inmigrante.

Actitudes que, a su vez, dan lugar a concepciones y planteamientos de actuación tales como la determinación y la fijación del umbral de tolerancia migratoria, la definición de la migración como amenaza a la estabilidad social del Estado, el planteamiento fronterizo como salvaguarda de la fortaleza nacional y la exaltación de la homogeneidad cultural como condición ideal de convivencia social. Son argumentos y reflexiones que se escuchan con excesiva frecuencia. Tanto es así que podemos observar cómo de un fenómeno se ha ‘inventado’ un problema. (García, F.J., 2002:3)

La inmigración es un fenómeno social y no un problema. Actualmente en Europa y América, el factor que más influye en los flujos migratorios es el económico<sup>2</sup>. El difícil equilibrio entre seguridad e inmigración, entre convivencia y conflicto social, está sujeto a tensiones por cuestiones culturales, económicas, sociales e históricas. Con el fenómeno de la globalización, estos conflictos entre diferentes comunidades se agudizan, al mismo tiempo que enriquecen a la sociedad que los acoge. Yñiguez (2002) de la Universidad de Barcelona considera que la tendencia hacia un uniformismo cultural, religioso, político, económico y social hace que las sociedades que originan flujos migratorios tengan un renovado impulso contra el pensamiento hegemónico occidental de colonización cultural, económica, política y religiosa que los países de altos ingresos imponen a los demás con un fuerte contenido etnocentrista y homogeneizador.

Oficialmente hay aproximadamente 20 millones de refugiados en el mundo – esto es, personas que se han ido a otro país en busca de refugio de la guerra

---

<sup>1</sup> De hecho, en México el Banco de México y el gobierno federal han reconocido que la reducción estadística de la pobreza entre 2000 y 2002, cuando el número de pobres extremos se redujo en 3 millones de personas, obedeció principalmente al efecto de las remesas, debido a que en ese periodo la economía se mantuvo estancada. La Jornada, 16 de octubre 2004.

<sup>2</sup> Será en esta forma de movilidad de población en la que se hará mayor énfasis en tanto es la que se encuentra más presente en nuestro país y la que a nivel mundial provoca mayores trastornos.

o el hambre. Globalmente, el mayor número de refugiados se encuentran en Asia y África. Hay cerca de 7 millones de refugiados en Asia (Pakistán e Irán) y cerca de 5 millones en África (en las regiones centrales y orientales). Menos del 17% de la población mundial refugiada reside en los países de Europa occidental, Estados Unidos, Canadá y Australia. Otros 70 millones de personas alrededor del mundo han dejado sus países nativos, principalmente en busca de trabajo<sup>3</sup>. Muchos están en riesgo de explotación económica, condiciones de vida pobres y trato perjudicial. Hay otros 20 millones que se han desplazado dentro de su propio país (Desjarlais, 1995:136).

En solamente 8 años el número de personas que viven fuera de sus países de origen se ha incrementado en aproximadamente un 1000% sin contar con los migrantes ilegales, quienes ni siquiera tienen el derecho de participar en estas cuentas de los organismos internacionales.

Según estimaciones de la División de Poblaciones de las Naciones Unidas (la cual no incluye la migración irregular aunque sí los desplazados y refugiados) alrededor de 175 millones de personas, equivalente a 2.3% de la población mundial, o lo que es lo mismo, una de cada 35 personas, residen fuera de su país natal, y de ellos, 60% radican en países en desarrollo (La Jornada, 2004, 5 de octubre: 14).

Día a día los migrantes de todo el mundo, hombres, mujeres y niños, padecen actos de franca exclusión: palizas por parte de las policías cuando son aprehendidos, secuestros con violencia a manos de bandas neofascistas<sup>4</sup>, despidos injustificados y sin salario, retiro de beneficios sociales sin razón alguna, miradas de temor cuando un *moro* se acerca a pedir un cerillo, negación de albergue y de alquiler de departamentos, suspicacia cuando un *sudaca* vende chucherías en la calle, comentarios lascivos, hirientes y burlones: *sudacas*, *negros*, *moros* son apelativos discriminatorios y excluyentes a todas vistas, se trata de un *racismo simbólico* como le llama Díez (2002).

*"Si las ratas saben correr, sabrá nadar, y si no, que se ahogue... Yo por un sudaca de mierda no me tiro al agua y me mojo el móvil<sup>5</sup>"* Estas frases fueron grabadas por un dispositivo electrónico de seguridad instalado en el puerto de Barcelona frente a un salón de fiestas. Tan *finas* expresiones pertenecen a tres individuos del personal de seguridad y fueron dichas mientras veían cómo se ahogaba un ecuatoriano (*sudaca de mierda*) que había pretendido entrar al lugar que estos sujetos resguardaban. El sudaca, después de haber sido salvajemente

---

<sup>3</sup> En el caso del flujo migratorio de México a Estados Unidos y de acuerdo al Centro de Estudios de Inmigración estadounidense, hay 34 millones de residentes nacidos en otros países. Aproximadamente 10.5 millones son mexicanos; 9 millones no tienen papeles; de ellos, cuando menos 2 millones son recién llegados: pasaron la frontera en los últimos 4 años. *La Jornada* 5 de octubre de 2004.

<sup>4</sup> En España existen entre 11.000 y 15.000 neonazis, agrupados en 70 grupos, que perpetran 4.000 agresiones al año.

<sup>5</sup> Móvil, palabra española para designar el teléfono celular.

“golpeado en la cabeza y los genitales”<sup>6</sup>, “fue lanzado al mar donde encontró la muerte”<sup>7</sup>.

Este tipo de actitudes son las que ayudan a entender por qué los migrantes sufren y padecen enfermedades mentales, muestran renuencia a aprender el idioma, huyen despavoridos ante cualquier amenaza policial o bien, por el contrario, se vuelven sumisos hasta el límite de soportar cualquier vejación, insulto o exclusión con tal de no llamar la atención.

*“Una vez estaba trabajando muy duro. Teníamos que levantar un equipo muy pesado y yo quería quedar bien con el patrón, así que levanté la carga y me lastimé la espalda. Por dos años casi no me pude mover. Fue entonces cuando mi patrón me subió a su camión y yo pensé que me iba a llevar al doctor. Pero imagínese mi sorpresa cuando llegamos a la frontera y me dijo que me bajara y regresara a México o llamaría a la Border Patrol”. (Chávez, 1992:74 citado por Desjarlais, 1995:151)*

A pesar de las dimensiones de la problemática, tanto en número de personas involucradas como el grado de trastornos que ocasiona, se ha trabajado poco acerca de las consecuencias en la salud mental de los desplazados, refugiados y migrantes. Quizás la migración por sí misma no es causa directa de deterioro de la salud mental; sin embargo, la situación del empleo, las condiciones de vivienda, los acontecimientos traumáticos antes, durante y después de la migración, son motivos suficientes para conducir -por lo menos- a la angustia psicológica. Hay dos grupos de migrantes que están en mayor riesgo de este tipo de angustia: aquellos que viajan para vivir y trabajar en otro país y solamente terminan viviendo condiciones de explotación y aislamiento; y aquellos que buscan refugio al hambre, la violencia y los disturbios políticos.

Afortunadamente existen excepciones y –por ejemplo- en noviembre del 2003 varios médicos de siete países de la Unión Europea se reunieron para exigir a los gobiernos pasar más allá de las medidas restrictivas que esconden la necesidad del flujo migratorio para afrontar el declive demográfico y cubrir millones de puestos de trabajo. Además, como resultado de esta reunión decidieron construir una red para abordar en cada país la problemática. Entre estos médicos se encuentra Joseba Achotegui, director del Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPIR) de Barcelona, España. Achotegui (2002:5) explica que los trastornos psíquicos que sufren cada vez más

---

<sup>6</sup> Noticia aparecida en el diario El País, 20 de octubre de 2003.

<sup>7</sup> “Pacheco (*el sudaca de mierda*), recibió ocho patadas, puñetazos y porrazos en la cabeza, el abdomen y los genitales... después uno de ellos lo condujo durante 19.8 metros por una pasarela del puerto en presencia de los otros dos acusados... al llegar al borde del muelle... lo arrojó al agua... Después los tres acusados se alejaron del lugar. Pacheco nadó unos instantes para alcanzar uno de los pilares que sujetaban la pasarela del muelle, pero se ahogó. Los bomberos buscaron su cuerpo esa misma madrugada, pero no lo encontraron hasta las once de la mañana siguiente. Estaba a diez metros de profundidad. Pacheco era padre de tres hijos, tenía trabajo en España y enviaba dinero a su familia”. Un jurado ha sentenciado a estos tres individuos a 15 de años de prisión por haber demostrado desprecio hacia la víctima pero rechaza que hubiera racismo.

inmigrantes a causa de la dura carrera de obstáculos que han de superar en su búsqueda de una vida mejor, constituyen un problema sanitario emergente en las sociedades que reciben inmigrantes. En los últimos cinco años y coincidiendo con el endurecimiento generalizado de las leyes de extranjería, ha habido un aumento de estos trastornos, sobre todo entre los que viven situaciones más dramáticas y tienen mayores dificultades para ver cumplidas sus expectativas. Este médico, con un grupo de psiquiatras de Barcelona, han bautizado a esta patología como *Síndrome de Ulises*: algunos de los síntomas que engloban a esta patología "única y propia" de los inmigrantes son ansiedad, depresión, trastornos disociativos y psicósomáticos e incluso trastornos psicóticos. Este síndrome con estrés crónico o múltiple, tiene

...su desencadenante en una serie de 'duelos' derivados de la pérdida de algo muy importante para el individuo: la familia y los amigos, la cultura propia, su tierra, su posición social y su seguridad física. Para resistir en estas condiciones de soledad se requiere fortaleza psicológica y física, especialmente porque a ellas suele sumarse un contexto hostil: la persecución policial, la explotación laboral o el peligro físico que a menudo supone un viaje en patera<sup>8</sup> o en los bajos de un camión. Lo hemos bautizado así porque las odiseas que nos cuentan hasta que han llegado aquí nos recuerdan mucho las del héroe griego.

A todo esto, continúa el Dr. Achotegui, hay que añadir la percepción que desde su cultura tienen los inmigrantes de su situación; creen que sufren mal de ojo o cualquier otra maldición y resulta difícil apoyarlos desde una visión europea. Más aún, es más complejo el abordaje cuando las condiciones de vida son malas, es difícil el acceso que tienen a los servicios sociales y sanitarios, sufren el desempleo o el empleo precario, soledad, incertidumbre frente al futuro y discriminación social. El Síndrome de Ulises aqueja a gran parte de los 3 millones de inmigrantes ilegales que viven en la Unión Europea, si bien en este contexto, discriminado hasta por las estadísticas, cualquier dato cuantitativo es incierto. Lo que sí es seguro es que el mal que les afecta es dramático y tiene cuatro causas fundamentales: la soledad, el sentimiento de fracaso, la lucha por la sobrevivencia básica y la situación del miedo e incluso del terror que han vivido al tener que ponerse, por ejemplo, en manos de mafias para entrar a Europa.

Charles Watters<sup>9</sup>, sociólogo británico, reconoce que "...el fenómeno es tan nuevo que aún estamos estudiando la relación entre los síntomas y la situación de estas personas. Pero lo que está claro es que todos los enfermos viven en condiciones similares: desempleo o empleo precario, soledad, incertidumbre frente al futuro y discriminación social".

El Ulises moderno no tiene sexo ni nacionalidad definida. Los síntomas son los mismos y sus características difieren de los cuadros psiquiátricos que sufren los habitantes originarios de los países receptores. No importa si se migra desde Senegal a Barcelona o desde Oaxaca a Chicago: el migrante, hombre o mujer,

---

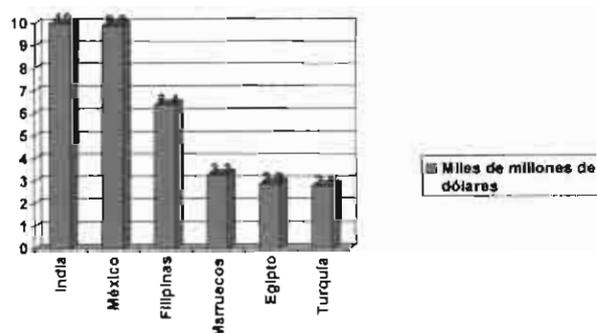
<sup>8</sup> Pequeña lancha de goma en la que los africanos cruzan el Estrecho de Gibraltar.

<sup>9</sup> Artículo aparecido en El País, el 11 de noviembre de 2003.

padece y trabaja, arriesga la vida por sí mismo y por la familia que ha dejado lejos o que la tiene a su lado pero no puede atender ni cuidar y -mientras tanto- estos inmigrantes sufren para el disfrute de otros, al enviar las remesas<sup>10</sup> a casa engordan las arcas de los países que los han expulsado, cuando huyen despavoridos de la violencia de un neofascista europeo o de un rancharo tejano, a final de cuentas le están dando de comer un mejor banquete a su agresor, cuando mueren en las pateras ahogados en el Mediterráneo se convierten en “*economía sumergida*”.

**Principales países receptores de remesas en 2001**

Fuente: Banco Mundial



En el proceso de exclusión social, junto a los mecanismos de diferenciación de los sujetos, se juega un importante papel la estigmatización. “Destacando, a su vez, la forma en que los sectores excluidos, fundamentalmente inmigrantes, se enfrentan en diversas sociedades a condiciones materiales y sociales de existencia desventajosas y responden a la imagen de un espejo conformado por representaciones simbólicas descalificantes en las que, cotidianamente, se ven reflejados y deformados” (Betrisey, 2002:16).

La creciente presencia de extranjeros con la categoría de inmigrantes en los territorios receptores se ha planteado el binomio *diversidad-inmigrante*. La diferencia es una construcción para justificar la desigualdad en un mundo cuya condición es la diversidad. En las formas de tratar y construir la diferencia existe una tendencia a comparar aquello que tratamos de diferenciar. La primera tarea que emprendemos es generar algún sistema para aglutinar o agrupar lo que juzgamos igual o similar y, con ello, separar lo que es diferente. “El ‘otro’ históricamente ha sido diferenciado con el objetivo de justificar un determinado

<sup>10</sup> 17 mil millones de dólares podrían alcanzar las remesas que los migrantes envían al país. De enero a septiembre sumaron 12 mil 419 millones de dólares, el 81% del valor total de las exportaciones de petróleo. Los banqueros exigen ser protagonistas principales de estos envíos. “Las remesas constituyen una nueva área en el negocio bancario y a la vez un importante instrumento de desarrollo económico para buena parte de los países de nuestra región...representan más del 10% del PIB nacional para siete países de la región”. La Jornada, 24 de noviembre de 2004, p. 25

orden social, de manera que es visto como un ser ajeno objeto de recelos y rechazo. Una de las distintas formas en las que podemos clasificar la aversión hacia lo desconocido y lo diferente es el racismo” (Ortiz, 2002:65).

El Reporte Harvard ha elaborado la siguiente Tabla para mostrar el proceso que sigue un migrante, desde que *decide* emprender el viaje hasta que *logra* asentarse en el país al cual ha migrado (Desjarlais, 1995:141).

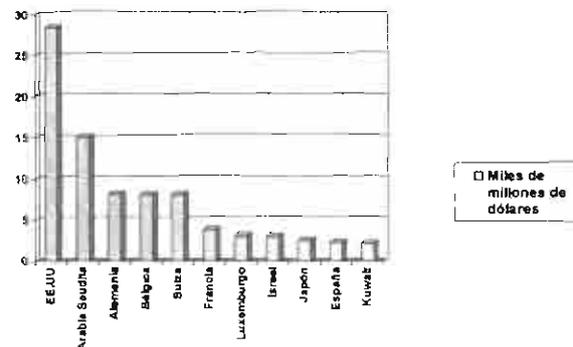
### Dimensiones sociales de la migración

Fases de la migración	Precipitantes de la angustia	Consecuencias en la salud
<b>Preparación del viaje</b>	Escasez ambiental	Hambre
	Degradación ambiental	Desnutrición
	Condiciones económicas pobres	Trauma
	Escasez alimentaria	Discapacidad física
	Hambre, sequía	Depresión
	Imposibilidad de hacerse la vida	Ansiedad
	Violencia	Miedo
	Persecución política	
	Violaciones sexuales	
	Alzamientos sociales	
<b>Viaje y separación</b>	Pérdidas familiares	
	Separación de familia	Penal
	Separación de la sociedad	Depresión
	Violencia	Miedo
	Violaciones sexuales	Ansiedad
<b>Asilo</b>	Colapso de los soportes sociales	Trauma
	Amenazas de repatriación	Desnutrición
	Condiciones de vida no hospitalarias	Enfermedad
	Desempleo	Desamparo
	Escasez alimentaria	Depresión
	Servicios de salud inadecuados	Angustia
<b>Reinstalación</b>	Desempleo y subempleo	Depresión
	Aislamiento social	Ansiedad
	Problemas de aculturación	Suicidio
	Lazos sociales limitados	Delincuencia entre adolescentes
	Prejuicio	Violencia
	Barreras de lenguaje	Conflictos familiares y generacionales
	Conflictos intergeneracionales	
	Marginación	

Paso a paso, las migraciones implican riesgo, penuria, enfermedad; sin embargo son imparables. Mientras en una parte del planeta se acumule la ganancia y se requiera de mano de obra barata, mientras en otras partes del mundo se acumule la pobreza y la mano de obra dispuesta a todo por *un puñado de dólares*, la migración continuará.

## Países desde los que se realizan más envíos, 2001

Fuente: Banco Mundial y FMI



Veamos la magnitud de los flujos migratorios.

Según estimaciones de la División de Poblaciones de las Naciones Unidas (la cual no incluye la migración irregular aunque sí los desplazados y refugiados) alrededor de 175 millones de personas, equivalente a 2.3% de la población mundial, o lo que es lo mismo, una de cada 35 personas, residen fuera de su país natal, y de ellos, 60% radican en países de bajos ingresos.

## La inmigración en la UE

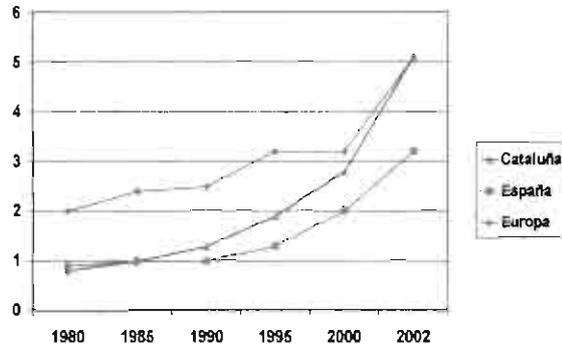
Fuente: Eurostat y OCDE

	Población 1-1-2003 (millones)	Inmigración neta (2002)	% Población extranjera (2000)	Variación anual de Población Extranjera
Finlandia	5.2	5 300	1.8	+13.2%
Portugal	10.4	70 000	2.1	+6.8%
Italia	57.0	107 100	2.4	+5.8%
Austria	8.0	17 000	9.3	+5.2%
Dinamarca	5.3	9 600	4.8	+4.9%
Irlanda	3.9	28 800	3.3	+4.7%
Luxemburgo	0.4	2 600	37.3	+3.8%
Alemania	82.5	221 700	8.9	+3.2%
Reino Unido	59.0	104 000	4.0	+3.1%
Suecia	8.9	30 900	5.4	-0.1%
Bélgica	10.3	38 900	8.4	-0.5%
Holanda	16.1	27 700	4.1	-0.7%
Francia	59.6	65 000	5.6	-1.1%
Grecia	11.0	32 100	2.7	---
UE	378.98	988 600		

## Tasa de inmigración

Inmigrantes por cada 100 habitantes

Fuente: Eurostat, 2004



Tradicionalmente eran los hombres los que migraban, lo hacían solos o con sus familias; por lo tanto la migración de la mujer no se tomaba en cuenta como tal ni se había contabilizado su participación en la economía familiar ni el monto de las remesas que enviaban a su país de origen, aunque éstas fueran considerables.

Las mujeres migrantes han sido, por lo menos desde la mitad del siglo pasado, casi tan numerosas como los hombres. Hace poco más de 40 años ellas representaban, a escala global, cerca del 47% de las personas que vivían fuera de su país de origen, y ahora siguen siendo casi la mitad del flujo migratorio. Pero a diferencia de antaño, las mujeres migrantes de la actualidad dejan sus lugares de origen de forma autónoma para integrarse a la fuerza laboral de los países receptores, según refiere el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW, por sus siglas en inglés). (La Jornada, 5 de octubre de 2004: 14)

Aproximadamente 18.3% de estas mujeres migrantes viven por debajo de la línea de pobreza, frente al 15.2% de hombres migrantes; además, 31% de los hogares encabezados por una mujer migrante son más pobres, en comparación con el 15% de los que cuentan como jefe a un hombre migrante.

Muchas de las mujeres que dejan sus países se integran a los niveles más bajos del escalafón laboral: en el servicio doméstico, sector de entretenimiento, ayudantes en el sector hotelero, limpiadoras, vendedoras, trabajadoras manuales, así como sexoservidoras; todos ellos trabajos precarios, tanto en salarios como en prestaciones sociales.

... se insertan por primera vez en el mercado laboral a través de empleos relacionados con el servicio doméstico. El objetivo suele ser utilizar trabajos no cualificados como trampolín para después intentar buscar un empleo acorde con su formación en el país de origen, pero se constata que no es

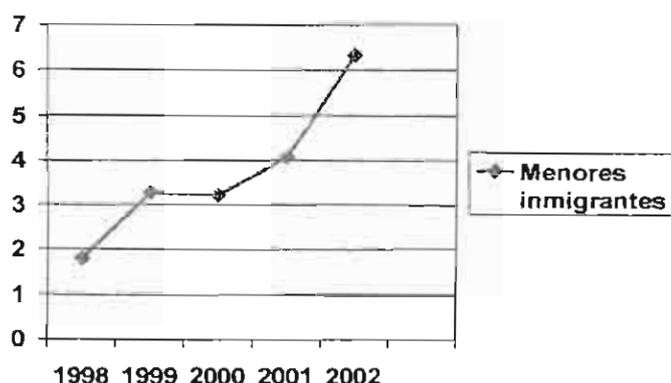
fácil acceder a puestos más valorados socialmente. El desfase existente entre la formación y el empleo conlleva una disminución de las capacidades, llegando a mermar la autoestima y las posibilidades de cambio. (Calvo, 2002: 21)

A principios de este milenio las mujeres migrantes representaban 51% del total de migrantes en los países desarrollados y 46% en los pobres; mientras que en Europa, las mujeres representan 52.4% del total de migrantes. Entre los principales polos de atracción para las mujeres están los países petroleros ricos y los del este y sureste asiático.

Otra cuestión que está dando una nueva cara a la migración es la que llevan a cabo los menores: En el 2004 ha aumentado casi el 400% según datos de la YMCA para Menores Migrantes. En 2004, este organismo ha atendido a más de 2000. De acuerdo con estos datos, en 1994 el centro dio albergue a 531 adolescentes migrantes; para el año siguiente, una vez puesta en marcha la Operación Guardián, la cifra se incrementó a 814; en 1996 fueron 811 y en 1997 la cantidad se disparó, llegando a 1 905 menores de edad. En 1998 el centro dio atención a 3 297 menores; 3 211 en 1999, 3 642 en 2000 y 2 462 en 2003; este año se espera una cantidad similar.

### Menores Inmigrantes

Fuente: El País, 23 de noviembre de 2003.



Según José Ariel Venegas, Subdelegado regional del Instituto Nacional de Migración (INM) el tráfico de niños en la frontera que comparten Sonora y Arizona se disparó durante 2004, al contabilizarse hasta septiembre pasado 544 casos. De estos, 437 son niños y 107 niñas, mientras 509 tenían más de 12 años y 35 menos de esa edad, entre ellos un número importante de recién nacidos.

Si hicieran falta más datos para *ilustrar* este fenómeno social reproduzco un fragmento de un artículo aparecido en el Suplemento mensual de La Jornada, Ojarasca:

Muchos se van a casa [México] en los ataúdes más baratos proporcionados por los consulados mexicanos fronterizos. Durante los diez primeros días de junio, diez trabajadores indocumentados fueron hallados muertos aquí en Juárez. En agosto perecieron seis más cerca de Gila Bend, el traicionero desierto de Arizona, donde en 2003 murieron 192 migrantes (casi el número de muertos en los primeros diez meses de 2004). Desde la firma del TLCAN en 1992, han perdido la vida en la frontera 300 a 400 migrantes por año, ahogados en los ríos y en los canales de riego, ignominiosamente en un desierto que no perdona, atropellados por los veloces autos en los *freeways* californianos o en las cacerías de la Migra, y bajo las balas de la patrulla fronteriza. La cuenta de muertos desde el TLCAN alcanzará este año la cifra de 4 mil: muchos más de los que perdieron la vida en los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 (Ross, J., 2004:3).

Líneas atrás mencionaba que son escasos los estudios acerca de los efectos que las migraciones tienen en la salud mental de los que deben cruzar fronteras para huir de la pobreza o de la guerra. A pesar de los pocos datos duros con que se cuenta, a pesar de la evidencia, este problema social aún no ha sido considerado como digno de ser un problema de salud pública. Estaría bien investigar al respecto, es urgente; sin embargo la realidad es tan aplastante que no se requieren constataciones científicas para poder decir, es más, afirmar con contundencia que la salud mental de los migrantes es mala, precaria, deteriorada, no puede ser de otra manera.

Quizás habría que agregar a esta afirmación una interrogante ¿ante estos *datos* los que no migramos podemos considerar nuestra salud mental en buen estado?

## VII. EL ABUSO DE SUSTANCIAS

*Sórdido fabricante de fantasmas,  
de pequeños dioses oscuros,  
polvo, mentira en la mañana.  
Desterrado de la cólera y de la alegría,  
sentado en una silla, en una roca,  
frente al ciego oleaje: tedio, nada.  
Atado a mi vivir  
y desasido de la vida.*

*Octavio Paz*

El abuso de sustancias es un problema expansivo que está invadiendo de manera creciente a la población del mundo. El Reporte del Banco Mundial acerca del Desarrollo Mundial de 1993 encontró que las enfermedades relacionadas con el alcohol afectan cada año a 5-10% de la población mundial y en 1990 contabilizaban aproximadamente el 2% de la carga global de la enfermedad... Los factores sociales (incluyendo los cambios sociales acelerados, la rápida urbanización y la creciente disparidad entre los grupos sociales) se relacionan con el uso de las drogas, aunque no sea de manera directa... Los costos humanos y económicos asociados con la morbilidad y mortalidad que produce el abuso de drogas y alcohol equivalen a cualquier ganancia que los gobiernos pudieran obtener a través de impuestos u otras medidas económicas. El abuso de sustancias cobra su peaje a través de la pérdida de años potenciales de vida humana debida a muertes violentas y accidentales, anesthesiando a la juventud que ya no trabaja productivamente, colocando una carga extra en el de por sí inadecuado sistema de salud y facilitando el quiebre de la sociedad (Desjarlais, 1995:87)

Éste es el punto de vista del Reporte Harvard, una combinación de la mirada médica con los ingredientes neoliberales del peso de la enfermedad y el costo que esta problemática tiene desde el punto de vista económico financiero. Sin embargo, debemos asumir que así son los estudios de los grandes organismos internacionales y que a final de cuentas son de los pocos que hacen investigación; sea ésta para ahorrar el gasto público de los Estados o para *documentarse* acerca del estado de cosas que prevalece en el mundo y poder tomar las medidas pertinentes para contender con lo que no es como *debería* de ser, el caso es que no queda otro remedio que consultar sus bases de datos.

Muy diferente es el punto de vista del II Plan Andalúz sobre Drogas y Adicciones 2002-2007 de la Junta de Andalucía (2002:3): "El abuso de las diferentes sustancias, por sus enormes implicaciones individuales y familiares, supone un gran problema social y humano que ha acarreado consecuencias como el aumento del número de delitos, accidentes laborales, de tráfico, enfermedades de transmisión, exclusión social, etc."

Sin embargo, como decía, hemos de recurrir a la OMS, en tanto es allí donde se halla la información. Encontramos que a través del desarrollo del CIE-10 se ha podido enfocar la dependencia a las drogas como un elemento crucial en la morbilidad que está asociada al abuso de sustancias. El CIE-10 contiene toda una sección exclusiva para la identificación del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas incluyendo el alcohol y las drogas legales e ilegales:

Según cómo sea el uso que se haga de estas sustancias, el CIE-10 clasifica cuatro maneras en que una persona se involucra con las drogas:

*Intoxicación aguda*. Se considera una condición temporal que se presenta posteriormente a la ingestión de una sustancia y que puede acompañarse de síntomas de interrupción de los procesos cognitivos, afectivos y conductuales. Los efectos de la sustancia disminuyen tiempo después de finalizar el consumo hasta la desaparición de los síntomas. Existen 8 categorías específicas de *intoxicación aguda* comprendidas en el CIE-10: desde "sin complicaciones" hasta

complicaciones severas, físicas y mentales, como delirio, coma, y heridas corporales.

*Consumo peligroso.* Se trata de una manera de involucrarse con una sustancia que daña la salud de manera continuada. El daño puede ser físico, como hepatitis o cirrosis, o mental como en el caso del desencadenamiento de episodios depresivos después de una fuerte ingesta de alcohol.

*Síndrome de dependencia.* Se clasifica como un deseo intenso e irreprimible (necesidad compulsiva) de una sustancia, acompañado por la imposibilidad de controlar el consumo o determinar el nivel de consumo. Ante estos criterios una persona puede llegar a experimentar una tolerancia creciente a una cierta sustancia. Una persona que es dependiente a una sustancia hace lo que sea para obtener la siguiente dosis por delante de otras necesidades personales, relaciones, la ley, etcétera; lo cual se incrementa cuando necesita aliviar los efectos del síndrome de abstinencia.

*Síndrome de abstinencia.* Se presenta cuando se es físicamente dependiente a una droga. Se han clasificado varios síntomas que varían de acuerdo con el tipo de droga que se consume. Incluyen abstinencia sin complicaciones, estado de abstinencia con delirio acompañado de desórdenes psicóticos. Además se pueden presentar ansiedad, depresión y alteraciones del sueño.

De acuerdo con la OMS y el Banco Mundial, en los países de altos ingresos, el abuso de tabaco, alcohol y drogas implican, respectivamente, el 11.7%, 10.3% y 2.3%, de los años de vida sana perdidos por muerte prematura o por discapacidad. A su vez, en los países de bajos ingresos, la proporción alcanzada es considerablemente menor, 1.4%, 2.7% y 0.4%, respectivamente. En Latinoamérica se comparten problemas con estos países pero en cuanto al problema de las drogas se presentan altas tasas de problemas derivados del abuso del alcohol y las drogas, con 9.7% y 1.6% años de vida sanos perdidos coincidiendo con los países de altos ingresos. "Al inicio del tercer milenio, las expectativas indican que el problema de las drogas seguirá aumentando porque igualmente crece la población vulnerable; porque siguen presentes y con tendencia a incrementarse todos los factores de riesgo derivados de las transiciones sociales, y porque va en aumento la disponibilidad" (Caraveo, 2002:12)

#### Prevalencia anual del uso de drogas. Estimaciones mundiales de la ONU

Porcentajes	Drogas ilícitas	Cannabis*	Cocaína	Heroína
Población mundial >15 años	4.3	3.5	0.3	0.22
México; población urbana 12-65 años	1.2	1.0	0.5	<0.01

\*Incluye Marihuana y Hachís.  
UN ODCCP, 2002  
Periodo 1998-2001  
Fuente: Medina-Mora, 2003:5

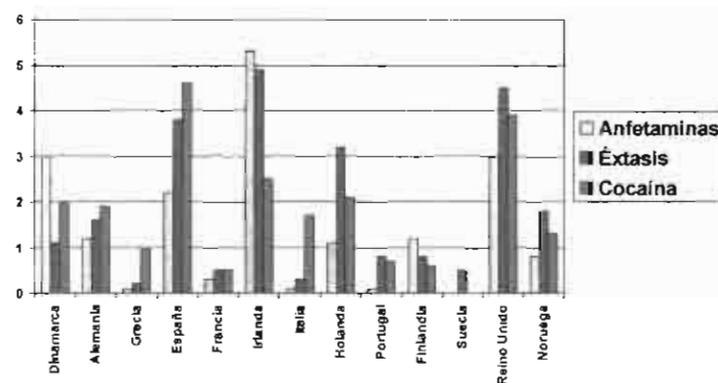
Las estadísticas, en general, suelen considerar el abuso de sustancias para referirse tanto a las sustancias legales como a las ilegales, tanto al tabaco y el

alcohol, como a la marihuana, la cocaína y otras. Si bien todas estas sustancias son causantes de trastornos físicos y mentales, no lo hacen de la misma manera ni su consumo, abuso o dependencia son iguales.

### Consumo de drogas

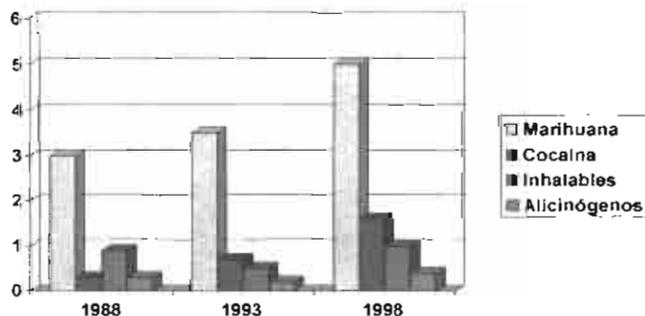
Evolución del consumo reciente de anfetaminas, éxtasis y cocaína (Últimos 12 meses) en personas de entre 15 y 34 años

Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)



### Tendencias del uso de drogas en México

Encuestas Nacionales de Hogares  
SSA, IMO, DGE, CONADIC 1998  
Fuente: Medina-Mora, 2002:5



### Adicciones. México, 2002.

Concepto	Total
Alcoholismo	
Consumen alcohol (millones)	32
Consumo anual per cápita (litros)	2.8
Adolescentes que consumen alcohol (millones)	3.5
Accidentes con presencia de alcohol (%)	21.0
Adultos con dependencia al alcohol (%)	4.6
Muertes relacionadas con el alcohol	27 000
Casos de violencia doméstica relacionados con el alcohol (%)	75

Homicidios bajo influjo del alcohol (%)	49
Suicidios cometidos bajo influjo del alcohol (%)	48
Abstemios (%)	
Hombres	13.1
Mujeres	55.3
Tabaquismo	
Fumadores (millones)	14
Hombres (%)	70.6
Mujeres (%)	29.4
Consumen una cajetilla diaria (millones)	1
Fumadores pasivos (millones)	10.5
Drogadicción <sup>a</sup>	
Ha consumido drogas alguna vez	3 506 602
Ha consumido drogas en el último año	1 480 394
Ha consumido drogas en el último mes	569 035
Consumidores por sexo (%)	
Hombres	76.1
Mujeres	23.1
Consumidores por lugar de residencia (%)	
Urbano	83.9
Rural	16.1
Consumo por edad (%)	
Adolescentes (12 a 17 años)	6.2
De 18 a 34 años	51.2
De 35 a 65 años	42.6

a. Se refiere a la población mayor de 15 años  
Fuente: CONADIC, 2002. Aguayo, 2004:91

Esbozaré las características de algunas de ellas –las más perniciosas.

El **alcohol** es un depresor del sistema nervioso central y el efecto que produce en el sujeto que lo consume puede ser desde la euforia y la desinhibición, hasta cambios de conducta que pueden manifestarse como depresión, agresión y violencia, estupor e incapacidad de actuar coherentemente. El uso prolongado y excesivo del alcohol puede desencadenar estados psicóticos, alucinaciones y delirios, sociopatías y depresión. Además, el abuso del alcohol se asocia con accidentes de vehículos, homicidios, suicidios, violencia doméstica, entre otros. Por esto y más que veremos más adelante, el problema es muy serio y a nivel mundial; aunque en los países de bajos ingresos llega a dimensiones mayores. Por ejemplo, según Coombs y Globetti (1986, citado por Desjarlais, 1995:91) del 15% al 20% de los adultos en Latinoamérica son alcohólicos y bebedores excesivos.

**Principales resultados en los estudios en servicios de urgencia, 1986-2002, según ingreso por traumatismos o urgencias médicas para la Ciudad de México.**

**Porcentajes de traumatismos**

N	Violencia	Acc.Tránsito	Hombres	<30	NAS	Alc6h.	BC	D(3+)	5copas
1620	28.1	14.3	70.7	55.6	21.3	27.5	4.5	12.5	22.8

**Porcentaje de urgencias médicas**

N	Coronarias	Respiratorias	Hombres	<30	NAS	Alc6h.	BC	D(3+)	5copas
568	8.0	9.2	47.0	35.2	6.4	11.4	6.9	12.6	17.4

Alc6h Porcentaje calculado entre aquellos que reportaron consumo seis horas antes de la urgencia.

NAS Nivel de Alcohol en Sangre,  $\geq 0.01$

BC Bebedor consuetudinario

D(3+) Dependiente con tres o más de los siguientes síntomas: busca disminuir el consumo de alcohol, reminiscencias, tomar una copa por la mañana inmediatamente después de levantarse, manos tembrosas, permanece intoxicado por varios días.

5copas Consumió 5 o más copas en los últimos 12 meses.

Fuente: Borges, et.al., 2003: 24

**Prevalencia de uso de bebidas alcohólicas seis horas antes de la urgencia y de síntomas de dependencia al alcohol por sexo, para la Ciudad de México.**

**Consumo de alcohol seis horas antes (%)**

Hombres		Mujeres	
Traumatismos	Urgencias Médicas	Traumatismos	Urgencias Médicas
36.4	18.4	5.9	5.3

**Dependencia al alcohol (%)**

Hombres		Mujeres	
Traumatismos	Urgencias Médicas	Traumatismos	Urgencias Médicas
17.1	23.1	1.5	3.3

Fuente: Borges, et.al., 2003: 25

En cuanto a los daños físicos, el alcohol se asocia con enfermedades gastrointestinales, del sistema endocrino; tiene efectos en el páncreas, corazón, pulmones e hígado, entre otros. Por ejemplo, la cirrosis no es un indicador absoluto de ingesta de alcohol pero si se asocia con las muertes por esta enfermedad del hígado, se demuestran los efectos nocivos del abuso.

**Muertes por cirrosis en América. 1994**

País	Año del Reporte	Total por 100 000*	Mortalidad Estandarizada		Razón H/M
			Hombres	Mujeres	
México	1990	48.6	72.5	21.8	3.3
Chile	1989	46.2	67.5	26.5	2.5
Puerto Rico	1990	29.7	47.2	13.5	4.0
Ecuador	1988	21.7	28.7	14.1	2.0
Costa Rica	1989	20.4	26.7	13.1	2.0
Venezuela	1989	19.4	28.6	9.6	3.0

Argentina	1989	13.3	20.1	6.4	3.1
Trinidad y Tobago	1989	13.2	19.6	6.7	2.9
Cuba	1990	12.4	13.3	11.3	1.2
Panamá	1987	11.6	14.2	7.7	1.8
Estados Unidos	1990	11.6	15.2	8.0	1.9
Uruguay	1990	11.5	17.5	6.8	2.6
Canadá	1990	9.3	12.7	5.8	2.2

\*Vivos con edad estandarizada para población europea.

Fuente: Edwards et al., 1994, a partir de estadísticas de la OMS, Ginebra. En: Desjarlais, 1995:95.

Se han hecho también estudios de la comorbilidad del abuso del alcohol con diversos trastornos psiquiátricos.

### Comorbilidad entre el consumo de alcohol y otros trastornos psiquiátricos\*

	USO (%)	ABUSO (%)	DEPENDENCIA (%)
Cualquier trastorno afectivo	9.4	17.0	18.2
Cualquier trastorno de ansiedad	8.7	13.4	14.7

\*Población de 18 a 54 años. Ciudad de México, 1995.

Criterios DSM-III-R. Tomado de Merikangas y cols.: Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders. Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addictive Disorders, 23(6): 893-907, 1998.  
Fuente: Caraveo, 2002.

### Asociación entre el número de trastornos afectivos y de ansiedad y alcohol\*

	USO (%)	ABUSO (%)	DEPENDENCIA (%)
Uno	0.8	2.1	1.7
Dos	1.1	3.2	4.1
Tres o más	0.5	1.5	1.3

\*Población de 18 a 54 años. Ciudad de México, 1995.

Criterios DSM-III-R. Tomado de Merikangas y cols.: Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders. Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addictive Disorders, 23(6): 893-907, 1998.  
Fuente: Caraveo, 2002.

La problemática del alcohol, como la de muchas otras de estas sustancias, tiene hondas raíces en la economía, pero en este caso de la economía legal. La exportación e importación de bebidas alcohólicas es uno de los negocios más fuertes y redituables del mundo y suele ser desde los países de altos ingresos hacia los de bajos ingresos. Por ejemplo, países de África, Asia y Latinoamérica se han convertido en las regiones donde más se importan licores y cervezas con 15% y 20% -respectivamente- del total mundial. También agrava el problema la publicidad en los medios de comunicación; se sabe que tanto anunciantes como los medios obtienen inmensas cantidades de dinero. Éstas son causas de que sea más complejo prevenir su uso y abuso.

Por las altas tasas de ocurrencia de la dependencia al alcohol y los problemas asociados resulta evidente que se trata de un serio problema de salud pública.

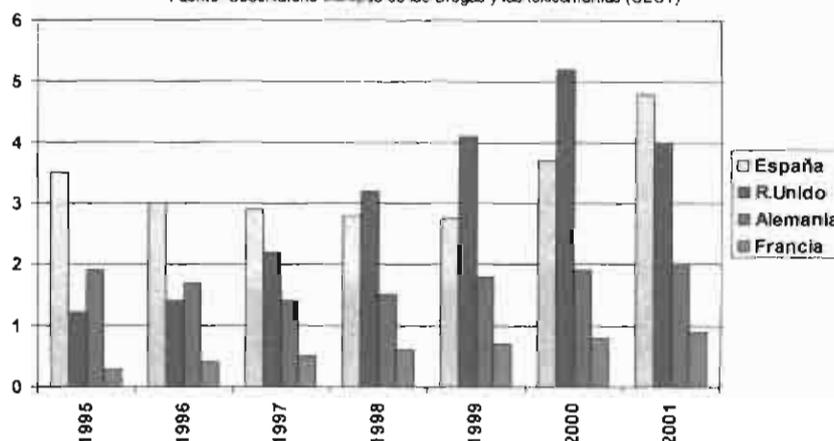
La **cocaína** y la **heroína** son consideradas las drogas más peligrosas y que causan mayores problemas sociales y de salud. Las personas que las consumen corren el riesgo de morir de sobredosis, Sida, infecciones, enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio y digestivo, además de que son altamente adictivas y los efectos son transmitidos a los niños antes de nacer. Si bien el uso de la heroína ha ido disminuyendo, sobre todo en Europa, la cocaína ha mostrado un incremento impresionante, ya sea en la forma tradicional de polvo como en la forma química llamada *crack*. Además, al igual que con el alcohol, pero de manera ilegal, el tráfico de estas drogas implica altísimas cantidades de dinero y también involucra violencia, delincuencia, accidentes, ruptura de familias, etcétera.

En cuanto a los efectos en la salud mental, ésta se ve seriamente afectada produciendo desórdenes neuropsiquiátricos.

### Consumo de cocaína

Evolución del consumo reciente de cocaína (últimos 12 meses) en personas de entre 15 y 34 años. (%)

Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las toxicomanías (OEDT)



En el capítulo II se puede observar el incremento que ha tenido el uso de la cocaína en nuestro país entre los jóvenes de educación media y media superior; asimismo, en páginas anteriores se muestra cómo ha sido este incremento para toda la población mexicana.

Un azote de la niñez y la juventud mexicanas de escasos recursos lo constituyen los **inhalantes**.

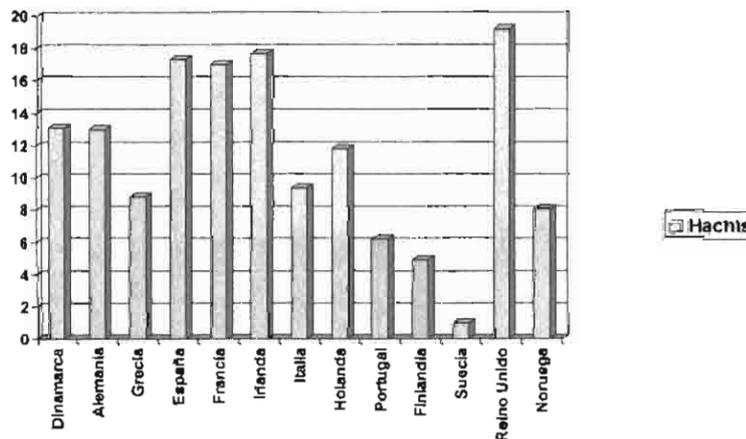
En México, tres de cada mil personas entre 14 y 24 años (0.31%) utilizan inhalantes se manera regular. Este dato no incluye los dos grupos de más alto riesgo, el de la población *homeless*, y el de aquellos que tienen menos de 14 años, en los cuales el consumo es mucho mayor...la edad de inicio suele ser a los 5 o 6 años...los inhalantes son usados por los más jóvenes en dosis cada vez más fuertes...los mayores dejan los inhalantes y otras sustancias los sustituyen (principalmente alcohol y marihuana). (Desjarlais, 1995:99)

El uso habitual de inhalantes causa severo daño en el sistema nervioso central, en el hígado, riñones y en huesos. (Ver capítulo II)

El uso de la **marihuana** está sujeto a discusión en cuanto a si es realmente tan dañina o simplemente está exagerado el peligro. Ha sido una droga utilizada desde tiempo inmemorial tanto fumada como utilizada tópicamente para enfermedades reumáticas; está entrelazada con ritos tradicionales de la misma manera que sucede con la hoja de la coca, los hongos alucinógenos, el peyote, etcétera. Pareciera ser que el uso ritual protege al usuario y enloquece al consumidor de la calle. Desjarlais, 1995 señala que en Nigeria entre el 20% y el 50% de las admisiones en hospitales psiquiátricos fueron por psicosis asociada al consumo de cannabis<sup>1</sup>, y que sobrepasó a las admisiones por esquizofrenia. Quizás el riesgo mayor de esta droga es que abre el camino al consumo de drogas más fuertes, más peligrosas y más adictivas.

### Consumo de Hachís

Porcentaje de personas entre 15 y 34 años que ha consumido recientemente hachís.  
Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)



El Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (Caraveo, 2002) ha mostrado que los patrones de comorbilidad son semejantes en varios países independiente del nivel de ingresos, lo que sugiere que aunque los factores culturales estén asociados con la disponibilidad y la exposición a diferentes tipos de drogas, la asociación con los trastornos psiquiátricos, considerando a éstos como factores de riesgo y también como secuelas del uso de sustancias, no son privativos de ninguna cultura. Aunque existe menor evidencia de la severidad de estos trastornos en poblaciones de países de bajos ingresos en donde aún prevalecen los lazos comunitarios: es menor la prevalencia en regiones rurales o en pequeñas ciudades. Inclusive, comparando las poblaciones en una ciudad de Estados Unidos, el mexicano norteamericano con poco tiempo de estancia en ese país, presenta menor propensión a tener morbilidad psiquiátrica (ansiedad) que los

<sup>1</sup> Puede ser como marihuana o como hachís.

nativos. Pareciera ser, entonces, que la organización social protege o favorece las manifestaciones de ansiedad entre sus miembros, en virtud de que, aparentemente, constituyen el eslabón que incrementa o disminuye el riesgo de asociación entre los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias.

### Comparación (razones) de la morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México con otras poblaciones.

Trastornos	Inmigrantes < 13 años	Inmigrantes > 13 años	Mexicano norteamericanos	Nacidos en EE.UU.
Episodio depresivo	0.4	1.0	1.8	2.2
Trastorno afectivo	0.7	1.2	2.1	2.2
Trastorno de ansiedad	0.9	2.1	2.9	3.0
Abuso de alcohol	0.2	0.7	1.7	3.2
Dependencia al alcohol	1.0	1.3	2.2	1.8
Abuso de drogas	-----	6.0	11.3	15.7
Dependencia a las drogas	3.7	6.6	17.2	9.9
Cualquier trastorno	0.8	1.4	2.1	2.1

Vega W A. y cols.: *Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California*. *Archives of General Psychiatry*, 55:771-778, 1998.

Fuente: Caraveo, 2002.

Las drogas, al igual que el alcohol suelen asociarse con trastornos psiquiátricos afectivos y de ansiedad. Caraveo realizó un amplio estudio de la comorbilidad en la Ciudad de México, que de alguna manera puede ser considerado representativo del país, en tanto es en esta ciudad donde se concentran todos los riesgos, todos los problemas y todas las puertas falsas.

Asimismo se presentan los resultados de la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica en México que tienen que ver con el consumo de drogas.

### Comorbilidad entre el consumo de drogas y otros trastornos psiquiátricos\*

	USO (%)	ABUSO (%)	DEPENDENCIA (%)
Cualquier trastorno afectivo	14.8	31.4	34.7
Cualquier trastorno de ansiedad	9.9	21.7	31.1

\*Población de 18 a 54 años. Ciudad de México, 1995

Criterios DSM-III-R Tomado de Merikangas y cols.: Comorbidity of substance Use disorders with mood and anxiety disorders. Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Disorders*, 23(6): 893-907, 1998.

Fuente: Caraveo, 2002.

### Asociación entre el número de trastornos afectivos y de ansiedad y las drogas\*

	USO (%)	ABUSO (%)	DEPENDENCIA (%)
Uno	1.6	1.9	1.8
Dos	0.8	4.1	7.5
Tres o más	1.8	9.2	12.2

\*Población de 18 a 54 años. Ciudad de México, 1995.

Criterios DSM-III-R. Tomado de Merikangas y cols.: Comorbidity of substance Use disorders with mood and anxiety disorders. Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Disorders*, 23(6): 893-907, 1998.

Fuente: Caraveo, 2002.

**Proporción de sujetos con trastornos afectivos\* y de ansiedad\*\* precedentes al uso de sustancias.**

ALCOHOL			DROGAS		
USO	ABUSO	DEPENDENCIA	USO	ABUSO	DEPENDENCIA
* 19.8	34.8	34.3	22.7	45.0	35.5
** 43.5	45.6	63.5	55.6	44.3	100.0

Población de 18 a 54 años. Ciudad de México, 1995.

Criterios DSM-III-R. Tomado de Merikangas y cols.: Comorbidity of substance

Use disorders with mood and anxiety disorders. Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addictive Disorders, 23(6): 893-907, 1998.

Fuente: Caraveo, 2002.

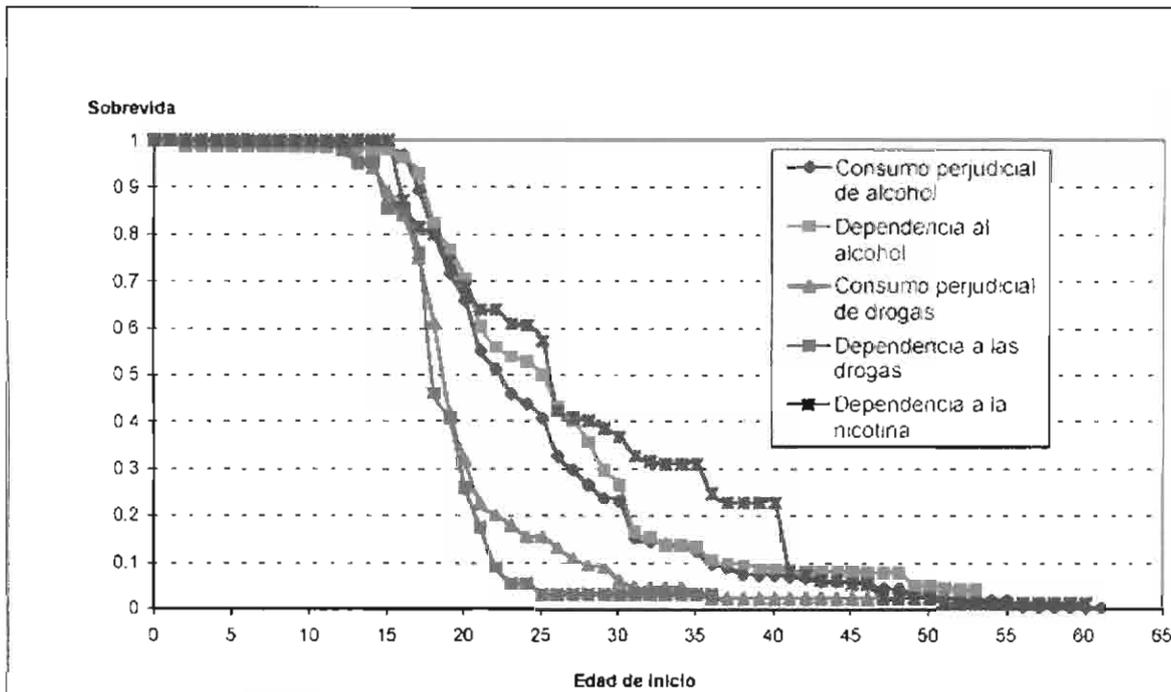


Fig. 3. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México  
Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo  
de sustancias psicotrópicas

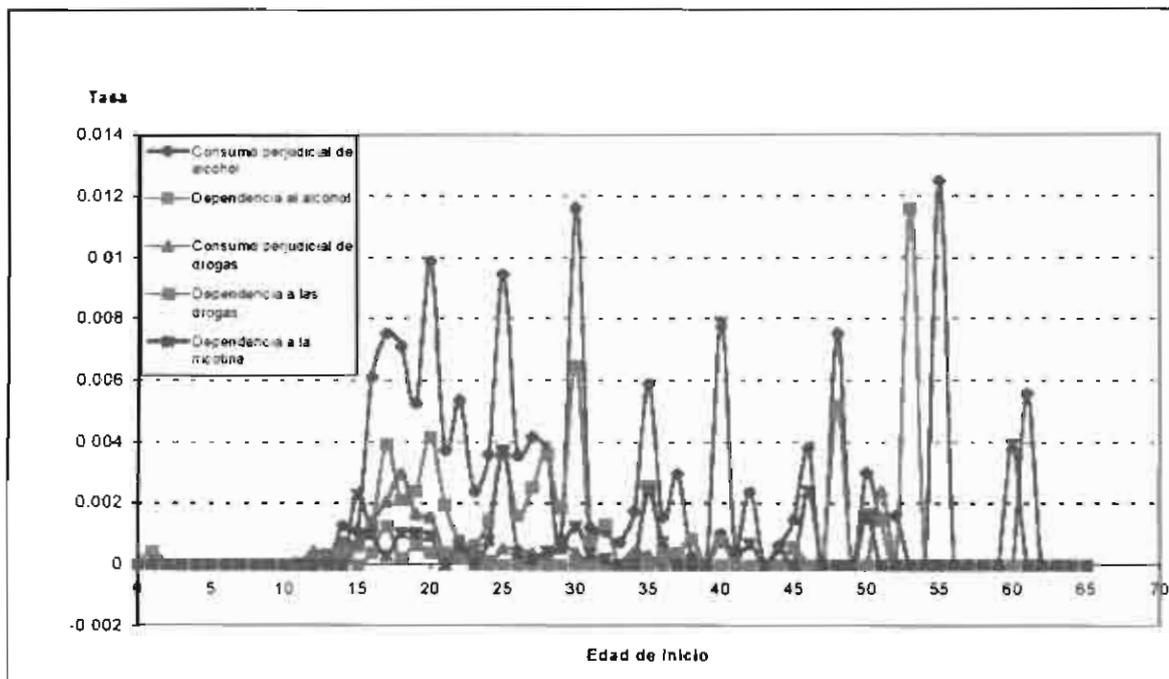


Fig. 7 Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México: Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas

Ante el panorama de pobreza y de falta de oportunidades, no es de sorprenderse que la producción ilícita de drogas y el narcotráfico encuentren un campo propicio. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adolescentes (Medina-Mora:2003), 64% de los menores recibieron por primera vez algún tipo de droga por parte de un amigo y sólo 4% por conducto de un distribuidor. En este sentido, el narcotráfico utiliza a los menores como introductores de droga en el mercado interno del país, dándoles droga para su consumo y para vender.

En las zonas rurales, el cultivo de drogas continúa siendo en muchos casos la única alternativa económica viable para los campesinos pobres que deciden no migrar. Una vez que se incorporan al cultivo de drogas, en general estas personas permanecen en regiones aisladas en que difícilmente tienen acceso a programas de salud o de educación.

La acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización acarrea inestabilidad y nuevos valores orientados al consumo y al debilitamiento de los controles sociales tradicionales. En este contexto, el alcohol y las drogas se convierten en bienes de consumo y se incorporan al mercado. Y si bien los países ricos tienen tasas de consumo más altas y, dentro de éstos, los grupos de población con más recursos, el impacto entre los pobres también es mayor, ya que a los problemas inherentes a la pobreza se suman los derivados del abuso de sustancias cuando se dispone de menos recursos para atenderlos.

En vista de todo lo anterior, el reto consiste en detener su crecimiento. (Caraveo, 2000:15)

## VIII. EL SUICIDIO

*Llorar dentro de un pozo,  
en la misma raíz desconsolada  
del agua, del sollozo,  
del corazón quisiera:  
donde nadie me viera la voz ni la mirada,  
ni restos de mis lágrimas me viera.*

*Miguel Hernández*

Según el diccionario de psicoanálisis (Roudinesco y Plon, 1998) suicidio es un "Término creado a partir del latín *sui* (de sí mismo) y *caedes* (asesinato), introducido en inglés en 1636 y en francés en 1734, para designar el acto de matarse a sí mismo como enfermedad o patología, en oposición a la antigua formulación de la "muerte voluntaria", sinónimo de crimen contra sí mismo".

El suicidio en su acepción moderna, como acto patológico, aparece en la escena en el siglo XVII pero toma realmente su significado en el siglo XIX cuando se le equipara con la homosexualidad, la locura y la melancolía; separándose, por otra parte, de las concepciones principalmente orientales en donde el suicidio representa un acto heroico de dignidad y de conservación del honor.

El cristianismo generalmente ha condenado el suicidio como un fracaso para sobrellevar la santidad de la vida humana. En el siglo IV, San Agustín decretó que el suicidio era un pecado y en la Edad Media, la Iglesia católica romana prohibió el entierro de los suicidas en terrenos sagrados. La ley inglesa consideraba el suicidio como un crimen que se castigaba con la expropiación de bienes y propiedades a menos que el acto hubiera sido cometido como resultado de la locura o de una enfermedad. Con la modernidad y la instauración de la mirada médica científica, el suicidio fue pasando de ser una posesión del mal a convertirse en un síntoma de una enfermedad social o psicológica.

Émile Durkheim, en 1897, separó definitivamente el concepto de los significados morales y religiosos y demostró que "es un fenómeno social que no depende de la raza ni de la psicología, la herencia, la insania o la degradación moral" y lo estudió desde el punto de vista sociológico sin investigar los entramados psíquicos que llevan a un sujeto a quitarse la vida. Según este autor las tasas de suicidio se relacionan con la integración social, con la habilidad y la sensación que tiene un individuo para sentirse parte de un grupo. Durkheim encontró que el suicidio es posible cuando una persona carece de vínculos sociales o los ha perdido al cambiar súbitamente de estatus, por ejemplo cuando está desempleado.

Sigmund Freud lo describió como un acto de autocastigo, un deseo de muerte dirigido contra otro que se vuelve contra uno mismo; esto es, es el acto de matarse para no matar a otro. "No resulta de la neurosis ni de la psicosis, sino de una melancolía o de un trastorno narcisista grave: no es un acto loco, sino la actualización de la pulsión de muerte por un pasaje al acto".

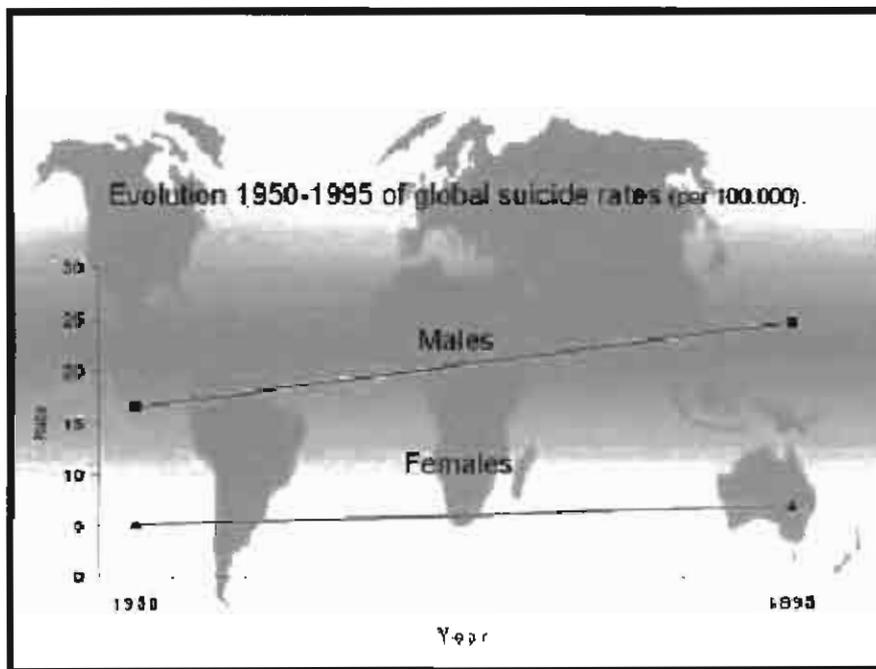
En realidad fue desde la psiquiatría y la psicología funcionalista que se definió al suicidio "...en conexión con un estado psicótico o psicopático. No debe entenderse en tal caso como término de un cierto desarrollo interior, sino como expresión de un estado afectivo de angustia, desesperación y ausencia de otras salidas". (Dorsch, 1985:766)

Edwin Schneidman (psicólogo norteamericano) describió varias características comunes de los suicidas. Éstas incluyen una sensación insoportable de sufrimiento psicológico, sensación de aislamiento y la percepción de que la muerte es la única solución a los problemas ante los cuales se siente sin ninguna esperanza y completamente inútil. Los teóricos cognitivos, que estudian el proceso humano de la información, enfatizan el papel del pensamiento inflexible y una imposibilidad de generar soluciones a los problemas.

El suicidio, desde la psiquiatría, es catalogado dentro de las reacciones antisociales junto con las fugas, los atentados contra la moral, el robo, el homicidio y es considerado como un trastorno del comportamiento.

“El suicidio constituye la más frecuente reacción antisocial de la patología mental. Por ello, en psiquiatría, se habla con frecuencia de las ‘ideas de suicidio’. Pero estas ideas son la expresión de un trastorno instintivo afectivo muy profundo, en donde se imbrican la angustia y el delirio” (Ey, 1986:84). El suicidio puede relacionarse con impulsos inconscientes, borrachera patológica, pero el más común, frecuente y característico -menciona Ey- es el que se produce por una crisis de melancolía (depresión). En cuanto a los intentos de suicidio los denomina *veleidades* y reconoce que son más frecuentes en las mujeres y en los estados de depresión neurótica.

Las causas del suicidio que este clásico de la psiquiatría señala son: las depresiones, los delirios, las personalidades psicopáticas, la epilepsia, el alcoholismo y la drogadicción, y la pre demencia (ya que supone al suicidio como un acto de “lucidez”).



Fuente: Whiteford, 2001:13

Si se hace un listado de la incidencia del suicidio a lo largo de los años es posible observar la manera en que este problema ha ido aumentando.

En 1990 en el mundo se estimaron 833 mil defunciones por suicidios; esto es, 300 mil defunciones más que por homicidios. Del total de muertes en 1990, 1.5% correspondió a suicidios y 1% a homicidios. En el mundo el riesgo de morir por suicidio es 1.5 veces más alto que por homicidio. En México, por el contrario, es un país en donde las muertes por homicidio son muchas más que por suicidio.

En 1995, en México se reportaron 1955 suicidios y solamente 79 intentos (INEGI, 1994). En 1993 se reportaron 2022 suicidios y 93 intentos (Ssa, 1993) lo cual contrasta con los datos internacionales en donde se estima que los intentos

de suicidio son alrededor de 70 veces mayores que las muertes (Weissman, citado por Frenk, 1997:106).

Entre 1979 y 1993 se registraron en México 23 669 muertes por suicidio, lo que significa un promedio de 1578 al año y 4.3 al día (solamente en 1993 el promedio diario fue de 6). Si esto lo multiplicamos por el estimado de Weissman estaríamos hablando de alrededor de 300 intentos de suicidio diarios si partimos del promedio en el periodo, pero solamente en 1993 habrían habido 420, 153 300 intentos de suicidio solamente en ese año.

Entre 1970 y 1994 los suicidios han aumentado 156% y oficialmente se considera que han habido 10 intentos por cada muerte.

El suicidio es otro de los problemas crecientes en nuestro país, en 1970, el índice para el grupo entre 15 y 24 años fue de 1.9 por 100,000 habitantes, en 1997 llegó al 5.9%, un incremento del 212%.

Por otro lado, los datos que se pueden obtener acerca de la problemática del suicidio tropiezan con que se debe "...diferenciar entre lo que es un suicidio y un intento de suicidio. Este último no tiene que ser notificado desde el punto de vista legal, mientras que el primero es de reporte obligatorio". (Frenk, 1997:105) por lo que nunca se tiene la certeza de la exactitud de la información. Es necesario tomar en cuenta –además– que el suicidio, al igual que el homicidio, es una causa de muerte que conlleva una investigación legal, a través del poder judicial, por medio de las agencias del Ministerio Público (Borges, 1996:197). Esta consideración llama la atención en el sentido de que solamente se requiere conocer la muerte concreta para la contabilización, pero no interesa ni la causa del suicidio y mucho menos la del intento ya que éste no es registrado de ninguna manera. De aquí que la salud mental del sujeto que recurre a quitarse la vida no tiene la menor importancia. Las muertes por suicidio generalmente se registran desde el punto de vista médico-legal y los datos que interesan son: forma de muerte (causa externa), existencia o no de nota póstuma, signos de violencia, sitio, número, variedad y regularidad de la herida. "También –continúa Frenk– hay que considerar que no siempre es posible tener una certificación del médico legista, en especial cuando la persona llega hasta el hospital y fallece ahí, por lo que hay menores posibilidades de observar o reconstruir las circunstancias en que se presentó el suicidio".

Aunque los registros de suicidio consumado y de intento suicida tienden a estar sub-reportados, los perfiles epidemiológicos de ambos actos van en aumento, y ya son reconocidos como un problema de salud pública en México. (González-Forteza, 2001:17). Además, son pocos los problemas de salud pública que han aumentado con tanta constancia. Año con año, la mortalidad por suicidio se ha incrementado en el país y por lo que se conoce del comportamiento de este problema en otras partes del mundo y de los cambios en el perfil poblacional y epidemiológico de México, difícilmente será pasajero este incremento. "La evolución ascendente del suicidio, así como los cambios sociales concomitantes tales como el incremento en la urbanización, la migración, la disolución de las redes familiares tradicionales, el aumento en el consumo de drogas por los jóvenes, y los cambios en el perfil epidemiológico del país, llevan a pensar que éste es un buen momento para iniciar acciones de investigación y preventivas" (Borges, 1996: 200).

A nivel internacional sucede más o menos lo mismo; como el suicidio es un acontecimiento muy estigmatizado, crea profundos problemas a los sobrevivientes y es ilegal en muchos países, las estadísticas son poco confiables. Sólo 39 de los 166 de los estados miembros de la ONU han proveído las estadísticas de mortalidad por suicidio, pero aún en aquellos que aportan datos, las estadísticas oficiales deben multiplicarse por 30 o 200.

#### Muerte por suicidio en la Unión Europea. 1994-2000.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
UE 15*	18.5	18.2	17.4	19.5	17.9	16.5	ND
España	12.2	11.7	11.9	12.1	11.7	11.2	11.8

Fuente: Eurostat.

Tasas de muerte por 100 000 habitantes. Las tasas de muerte estandarizadas que se utilizan en esta Tabla están calculadas por la OMS en base a la población europea estándar.

\*Países de la Unión Europea hasta mayo de 2004

Pero quizás la alarma más importante a nivel mundial proviene de la incidencia de la problemática del suicidio entre los jóvenes de 15 a 19 años, entre quienes llega a ser la tercera causa de muerte (Hallfors, 2004:224) y que generalmente padecen depresión. Esta situación ha sido asociada a conductas de riesgo como el abuso de drogas y una vida sexual precoz, la estructura familiar y la educación en el hogar. Asimismo, se ha asociado con el abuso sexual.

En un trabajo elaborado en 2001 por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS se señala:

Las personas con desórdenes mentales tienen mayor riesgo de muerte prematura. Algunos problemas mentales llegan a tener altas tasa de muerte por causa del suicidio. La OMS ha estimado que en el año 2000 murieron aproximadamente un millón de personas por suicidio, lo cual representa para todo el mundo una tasa de mortalidad de 16 por 100 000. En los últimos 45 años las tasa de suicidio han aumentado en un 60% hoy en día es una de las tres causas principales de muerte entre las personas de ambos sexos de 15 a 44 años. Además habría que tomar en cuenta que los intentos de suicidio son 20 veces más frecuentes.

Más aún, las tasas de suicidio que afectan a los jóvenes han aumentado tanto que se han convertido en el grupo de más alto riesgo en por lo menos la tercera parte de los países. Más del 90% de los casos de suicidio están asociados con la depresión y el abuso de sustancias; sin embargo hay que considerar otras causas éstas de índole socio cultural (Whiteford, 2001:13).

En México se presenta la misma condición de alto riesgo para los jóvenes: "La población con mayores índices de suicidio consumado son los jóvenes de 15 a 24 años; y las mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años. Si tomamos en consideración que en esos rangos de edad se encuentran los mayores índices de suicidio consumado y que uno de los principales factores de riesgo es el haberlo intentado antes, cabe la hipótesis de que la población en mayor riesgo de suicidarse es la adolescente". (González-Forteza, 2001:17).

Por su parte, Borges (1996) reportó que en el estudio que llevó a cabo en la República Mexicana el siguiente hecho que le llamó la atención: a partir de mediados de la década de los setenta, comienzan a aparecer suicidios en el grupo de infantes y escolares (0-14 años).

El hacerse daño deliberadamente suele provenir de una mezcla compleja de problemas intolerables, incapacidad de sobrellevarlos y la anomia<sup>1</sup> social. Los actos de suicidio se relacionan con factores sociales, políticos y psicológicos, desde sentimientos de desesperación y de minusvalía asociados con condiciones de vida precarias en los países occidentales hasta formas culturalmente válidas de auto aniquilación en varios países asiáticos.

Dada la estrecha relación que mantiene el suicidio con la depresión, las medidas de control que la psiquiatría toma para atajar las ideas o ideaciones suicidas suele ser la prescripción de antidepresivos. Estos medicamentos son actualmente el fármaco más vendido en el mundo "A pesar de que se sabe que algunos antidepresivos nuevos son marginalmente más eficaces que los placebos –moléculas inertes-, su precio puede ser 20 veces más caro que los viejos. Además, y esto es lo más grave, pueden incrementar las tendencias suicidas. De acuerdo con datos no revelados, por cada mil pacientes que usan antidepresivos viejos 3.4 se suicidan al año; con los nuevos, la cifra es de 8.4." (Kraus, 2004:6).

El suicidio, entonces, "...no se puede explicar sólo en términos patológicos, sino como un hecho que forma parte de un proceso psicológico, social y cultural, es imperioso dar el salto de la investigación descriptiva a la evaluativa, que nos permita pasar al campo de la prevención primaria (con la identificación de factores protectores) y secundaria (a través de la identificación de factores de riesgo)." (Jiménez, Alberto, 2003:44)

#### TASAS DE SUICIDIO ENTRE JÓVENES Y ANCIANOS EN ALGUNOS PAÍSES

PAÍS	AÑO	TASA/100 000 (Edad 15-24)	TASA/100 000 (Edad 65-74)	RAZÓN (Jóvenes/Viejos)
Sri Lanka	1986	62.3	48.6	1.3
Canadá	1990	15.0	12.6	1.2
Australia	1988	16.4	16.7	1.0
Reino Unido	1991	7.0	7.9	0.9

<sup>1</sup> Anomia, (del griego nómos, ley, y la partícula privativa a, sin ley) En su sentido etimológico y general, «ausencia de normas». En sentido más específico, es un término introducido en la sociología moderna por Durkheim, que se refiere a la condición en que se halla la sociedad que no ha regulado debidamente con leyes una situación concreta, en especial si existen normas contradictorias. La considera un fallo o ruptura de solidaridad de la sociedad en su tránsito de la «solidaridad mecánica», o «por semejanzas», propia de las sociedades primitivas, a la «solidaridad orgánica», propia de instituciones, que ha de ser la característica de las sociedades modernas y civilizadas. Ejemplo de situación anómica es una división del trabajo anómala, en que existe esclavitud o explotación, y en modo alguno solidaridad, y que puede llevar a la guerra de clases. Otro ejemplo de anomia es el llamado **suicidio anómico**, tercer tipo de los cuatro que distingue: el que se produce por graves alteraciones del orden social, como, por ejemplo, una profunda depresión económica. Para Robert Merton, discípulo de Parsons, la anomia proviene del desajuste entre la estructura social y la conciencia cultural, sobre todo cuando hay contradicción entre las normas escritas y las exigencias sociales nuevas, y la vincula a la desviación social, esto es, a la existencia de modelos de conducta marginales o no permitidos. (Cortés, 1996)

Irlanda	1990	9.3	12.1	0.8
Estados Unidos	1989	13.3	18.0	0.7
Chile	1989	6.7	9.6	0.7
Costa Rica	1989	6.1	9.6	0.6
Venezuela	1989	6.9	11.3	0.6
<b>México</b>	<b>1990</b>	<b>3.1</b>	<b>5.1</b>	<b>0.6</b>
China	1989	21.3	47.8	0.4
Uruguay	1990	8.2	22.7	0.4
Argentina	1989	5.2	19.2	0.3
Japón	1991	7.0	27.6	0.3
Puerto Rico	1990	6.1	26.1	0.2

Fuente: OMS, División de Salud Mental. Estadísticas no publicadas. (Desjarlais, 1995:69)

### TASAS DE SUICIDIO Y RAZÓN POR GÉNERO EN ALGUNOS PAÍSES

PAÍS	AÑO	HOMBRES*	MUJERES*	RAZÓN (Hombres/Mujeres)
Sri Lanka	1986	46.9	18.9	2.5
Canadá	1990	20.4	5.2	3.9
Australia	1988	21.0	5.6	3.8
Reino Unido	1991	12.4	3.6	3.4
Irlanda	1990	14.4	4.7	3.1
Estados Unidos	1989	19.9	4.8	4.1
Chile	1989	9.8	1.5	6.5
Costa Rica	1989	9.3	2.1	4.4
Venezuela	1989	7.8	1.8	4.3
<b>México</b>	<b>1990</b>	<b>3.9</b>	<b>0.7</b>	<b>5.6</b>
China	1989	14.7	19.6	0.8
Argentina	1989	10.5	3.8	2.8
Japón	1991	20.6	11.8	1.7
Puerto Rico	1990	19.4	2.1	9.2

Fuente: OMS División de Salud Mental. Estadísticas no publicadas. (Desjarlais, 1995:70)

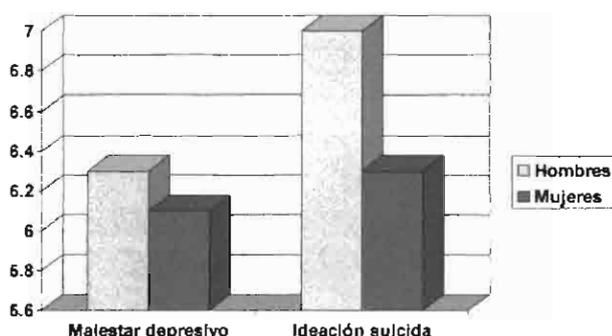
El suicidio en todo el mundo es un problema que se presenta más en el género masculino que en el femenino, cuestión que podría explicarse si consideramos que los hombres suelen tener más presión social sobre su desempeño en la vida cotidiana; las mujeres, por su parte, siempre tienen a quién cuidar y atender, tienen que padecer y contender con la depresión y otros trastornos sin quitarse la vida, no tienen tiempo.

### SUICIDIOS POR 100 000 HABITANTES EN MÉXICO 1940-1994

1940 - 1970	1
1980	1.5
1990	2.3
1994	2.9

### Prevalencia y traslape del malestar depresivo y la ideación suicida.

Fuente: González-Forteza 2001: 21



Esta gráfica corresponde al estudio que llevó a cabo González-Forteza con jóvenes de enseñanza media del Distrito Federal.

### SUICIDIOS REGISTRADOS SEGÚN CAUSA. 1990-2003

Año	Total	Amorosa	Dificultad económica	Disgusto familiar	Enfermedad grave e incurable	Enajenación mental	Remordimiento	Se ignora	Otras causas
1990 a	1 405	87	31	128	100	60	20	63	916
1991	1 826	148	69	122	126	218	18	972	153
1992	1 955	106	55	133	109	359	27	1 003	163
1993	2 022	110	77	198	95	306	17	1 035	184
1994	2 215	132	86	183	137	78	28	1 227	344
1995	2 428	156	126	238	171	122	40	1 407	168
1996 b	2 233	170	89	239	144	103	31	1 288	169
1997 b	2 459	165	100	247	155	119	31	1 466	176
1998 b	2 414	181	94	258	131	94	39	1 428	189
1999 b	2 531	195	67	281	143	134	48	1 472	191
2000	2 736	221	90	291	187	110	49	1 569	219
2001	3 089	237	87	275	197	142	32	1 771	348
2002	3 160	239	112	331	158	119	31	1 831	339
2003	3 327	246	110	301	170	140	42	2 037	281

a Excluye información de los casos registrados en el Distrito Federal, Guerrero y Campeche.

b Excluye información de los casos registrados en el Distrito Federal.

FUENTE: INEGI. *Estadísticas sobre Intentos de Suicidio y Suicidios.*

Varias cosas son dignas de mencionar en esta Tabla, a saber, la primera y más llamativa es que si se eliminan las causas que se ignoran, por lo general -en los últimos años- el mayor número de suicidios ha sido por causa de la *enajenación mental*. La segunda cuestión es esta denominación de causa de suicidio: *enajenación mental*. En los últimos años estas palabras parecían haber salido del léxico oficial y se había preferido el de *desórdenes* o *trastornos mentales*; inclusive a partir de 2001 los organismos internacionales han optado por el término *discapacidad con deficiencias de diverso tipo* (auditivas, visuales,

mentales, etcétera). Más aún, el propio INEGI ahora reporta la locura con estas palabras. Sería interesante saber si lo de enajenación mental es un resabio que se ha mantenido en los formatos para reportar las causas de muerte y que ningún burócrata se ha tomado el tiempo de corregirlos. Por último, para leer esta tabla hay que suponer que el número de suicidios es mucho mayor al reportado ya que habría que añadir los datos del Distrito Federal que como macro metrópoli llena de inequidades, actos violentos y condiciones de vida deplorables se ha convertido en el caldo de cultivo perfecto para generar suicidios.

#### Años de vida saludable perdidos\* por suicidios. México, 1994

Entidad Federativa	Total	Total Mujeres	Total Hombres	Grupos de edad años (ambos sexos)				
				0a4	5a14	15a44	45a59	60 y +
Aguascalientes	0.5	0.3	0.9	0.0	0.0	0.8	1.0	0.1
Baja California	1.1	0.3	1.8	0.0	0.2	1.8	0.6	0.6
Baja California Sur	0.7	0.1	1.3	0.0	0.4	1.0	0.9	0.7
Campeche	2.0	1.3	2.8	0.0	1.0	3.4	1.3	1.3
Coahuila	0.8	0.2	1.4	0.0	0.1	1.5	0.5	0.5
Colima	1.5	0.8	2.1	0.0	0.0	2.6	1.6	0.8
Chiapas	0.6	0.3	0.9	0.0	0.1	1.1	0.4	0.4
Chihuahua	1.2	0.3	2.1	0.0	0.2	2.1	0.9	0.5
Distrito Federal	1.1	0.5	1.8	0.0	0.2	1.8	0.9	0.6
Durango	0.6	0.0	1.1	0.0	0.0	1.0	1.2	0.7
Guanajuato	0.9	0.3	1.5	0.0	0.2	1.6	0.8	0.3
Guerrero	0.6	0.2	0.9	0.0	0.0	1.2	0.3	0.2
Hidalgo	0.5	0.2	0.8	0.0	0.2	0.8	0.3	0.2
Jalisco	1.1	0.4	1.8	0.0	0.1	2.1	0.9	0.6
México	0.3	0.2	0.5	0.0	0.1	0.6	0.2	0.1
Michoacán	1.1	0.4	1.9	0.0	0.4	1.9	1.3	0.6
Morelos	0.5	0.2	0.7	0.0	0.0	0.9	0.3	0.1
Nayarit	1.0	0.2	1.7	0.0	0.0	2.0	0.4	0.3
Nuevo León	0.7	0.1	1.3	0.0	0.1	1.2	0.5	0.3
Oaxaca	0.5	0.2	0.8	0.0	0.1	0.9	0.6	0.2
Puebla	0.4	0.1	0.7	0.0	0.2	0.7	0.6	0.1
Querétaro	0.4	0.0	0.9	0.0	0.1	0.7	0.8	0.1
Quintana Roo	1.5	0.5	2.5	0.0	0.5	2.4	1.6	0.5
San Luis Potosí	1.3	0.3	2.3	0.0	0.3	2.5	0.7	0.6
Sinaloa	0.8	0.2	1.4	0.0	0.0	1.5	0.6	0.3
Sonora	1.2	0.3	2.1	0.0	0.1	2.1	0.9	0.9
Tabasco	3.4	0.9	5.8	0.0	0.9	5.5	4.0	1.5
Tamaulipas	1.1	0.3	2.0	0.0	0.0	1.7	1.7	1.4
Tlaxcala	0.5	0.3	0.8	0.0	0.5	0.8	0.4	0.1
Veracruz	0.7	0.3	1.1	0.0	0.1	1.2	0.6	0.5
Yucatán	1.3	0.7	1.9	0.0	0.4	2.1	1.5	0.7
Zacatecas	1.1	0.3	1.9	0.0	0.7	1.8	0.6	0.3
República Mexicana	0.8	0.3	1.4	0.0	0.2	1.5	0.7	0.5

\*Tasa por 1 000 habitantes. Fuente: Funsalud, 1996. CIE 9°, E950-E959

En la Tabla que aparece a continuación llama la atención el aumento de las muertes por suicidio (como porcentaje del total de muertes violentas) en nuestro país: casi el 100% en 12 años. Esto se complementa con la Tabla anterior en la cual, aunque se mide el suicidio en AVISA, se dejan ver el incremento que ha habido en el país, de lo que es un ejemplo impresionante, Tabasco. Los datos que presenta Borges et.al. 1996 difieren<sup>2</sup> de alguna manera de los de Funsalud, para estos investigadores la tasa más alta se reportó en Tabasco con 9.74 y en Campeche con 7.78 por 100 000 habitantes. Por sexo, estos estados mantienen el mismo orden en la República. El sureste del país, formado por los estados de Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán, es el que presenta tasas más elevadas. Por otro lado, también se encuentran tasas elevadas en los estados de Colima, Tamaulipas y Chihuahua. La zona centro, formada por los estados de Tlaxcala, México, Hidalgo, Querétaro y Puebla, es la de menor incidencia. La excepción a este conglomerado es el Distrito Federal, que tiene una tasa por encima del promedio nacional.

En un trabajo reciente sobre la mortalidad por suicidio en Tabasco, García, 1990 (citado por Borges, 1996) los autores señalan que hay un fuerte componente rural, pero descartan que el patrón cultural influenciado por la cultura maya pudiera ser el responsable del problema.

#### Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad, 1990-2002

Total	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	3.9	4.2	4.4	4.7	5.2	6.1	6.4	7.2	6.0	6.1	6.7	7.4	7.4

Fuente: INEGI. Estadísticas de Mortalidad

#### Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo, 2001 y 2002.

Sexo	2001	2002
Estados Unidos Mexicanos	7.4	7.4
Hombres	7.7	7.7
Mujeres	6.4	6.0

Fuente: INEGI. Estadísticas de Mortalidad

A modo de conclusión o más bien de reflexión se puede añadir poco a lo dicho hasta aquí. Estamos viviendo un momento de deterioro del tejido social que es el único que puede contener y contender con los devastadores efectos de la locura. No solamente hacen falta estudios, leyes y normas que atajen la enfermedad mental y sus efectos terroríficos; no solamente hace falta estabilidad económica, en los países del llamado primer mundo es quizás más acuciante la problemática. Es necesario retejer las relaciones, hacernos corresponsables de la desgracia de cada día más personas en este mundo, es necesario mirar en horizontal.

<sup>2</sup> La diferencia, seguramente, estriba en que la unidad de medida no es la misma.

## IX. LA RESPUESTA PÚBLICA

*...la esperpéntica mezcla de indigencia, de locura y conductas criminales en las calles de las grandes ciudades, no puede confundir las respuestas públicas. Hay una dimensión política y una dimensión social y técnica del tema.*

*Manuel Desviat*

Pese a que los trastornos mentales son responsables de una proporción considerable de las discapacidades y del peso de la enfermedad a nivel mundial, los recursos destinados actualmente a la salud mental son insuficientes. En todos los ámbitos se prevé que el peso que representan los trastornos mentales aumente en los años venideros. A medida que el mundo toma conciencia de la enorme carga que suponen los trastornos mentales y adopta medidas para extender y mejorar la atención de salud mental, va cobrando una importancia decisiva contar con una información exacta y actualizada.

En este sentido en el año 2000 la OMS elaboró el mayor esfuerzo para recopilar los datos acerca de los recursos disponibles para atender el peso de la enfermedad y que pudieran llevarse a cabo, a partir de ellos, las acciones pertinentes para dar una respuesta más eficiente. Este esfuerzo recibió el nombre de Proyecto Atlas, el cual "...presenta análisis mundiales y regionales de la información sobre recursos de salud mental aportada por 185 países, que representan el 99,3% de la población mundial. Esta información procede fundamentalmente de fuentes gubernamentales dentro de cada país, lo que hace de esta compilación de recursos de salud mental una de las más completas y fiables jamás emprendidas... Los datos del proyecto Atlas confirman lo que muchos profesionales de la salud mental saben desde hace tiempo, es decir, que en la mayor parte de los países los servicios de salud mental son muy insuficientes comparados con las necesidades de atención de salud mental" (Saraceno, 2000:7).

Como punto de partida para la exposición de la respuesta que México da a la problemática de la salud mental presento los datos del Proyecto Atlas. México se encuentra agrupado en la Región de la OMS denominada *Las Américas*, compartiendo territorio con Estados Unidos y Canadá, ambos países de altos ingresos y con recursos mucho más altos que los de nuestro país; por lo tanto, si se recurre al dato general de la Región, la lectura puede quedar muy sesgada ya que son promedios regionales. Por esta situación se presentan mapas regionales en donde los países aparecen con sus propios números. Al final, se presenta una tabla con datos desglosados por país pero que no contienen referencias numéricas. Los datos se considerarán como oficiales en tanto el Proyecto Atlas declara que sus fuentes han sido los gobiernos de los países consultados, entre los que se encuentra México.

La exposición de cada rubro se hará de la siguiente manera:

1. Definición que presenta el Proyecto Atlas.
2. Datos que hacen referencia a este rubro que han sido obtenidos en las bases de datos mexicanas.
3. Mapa del Proyecto Atlas con los datos proporcionados por México a la OMS.

De esta manera, será evidente que hay una discordancia entre los datos que se aportaron a la OMS y aquellos que aparecen en las bases de datos mexicanas. A lo largo de este trabajo<sup>1</sup> se ha señalado repetidamente las carencias, contradicciones y omisiones que tiene la información en salud de nuestro país; en este capítulo volverá a hacerse evidente.

---

<sup>1</sup> En Introducción, ver página 15.

## **Políticas de Salud Mental según la siguiente definición:**

*Política de salud mental:* documento redactado específicamente por el gobierno o el Ministerio de Salud en el que se exponen los objetivos para mejorar la situación de la salud mental en el país, se identifican los prioritarios y se ofrecen las principales orientaciones para lograrlos.

En la legislación mexicana, más concretamente en la Ley General de Salud, se incluyen los siguientes artículos referentes a la salud mental:

### **LEY GENERAL DE SALUD**

#### **TÍTULO TERCERO**

#### **Prestación de los servicios de salud**

#### **Capítulo VII**

#### **Salud mental**

**ARTÍCULO 72.** La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

**ARTÍCULO 73.** Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;
- II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;
- III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y
- IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

**ARTÍCULO 74.** La atención de las enfermedades mentales comprende:

- I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y
- II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

**ARTÍCULO 75.** El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.

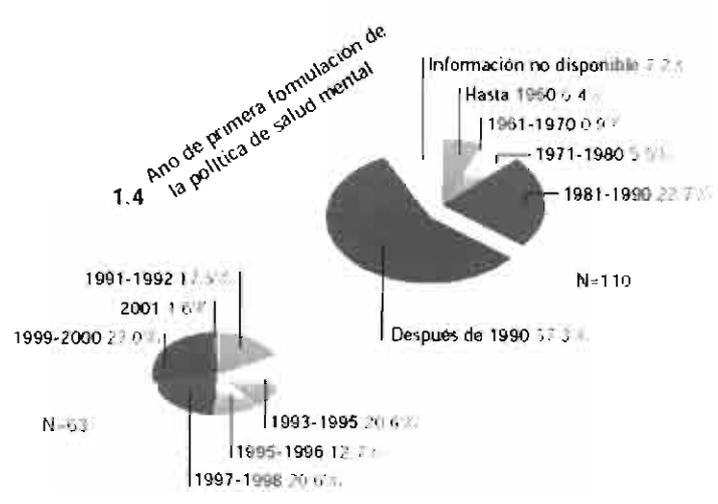
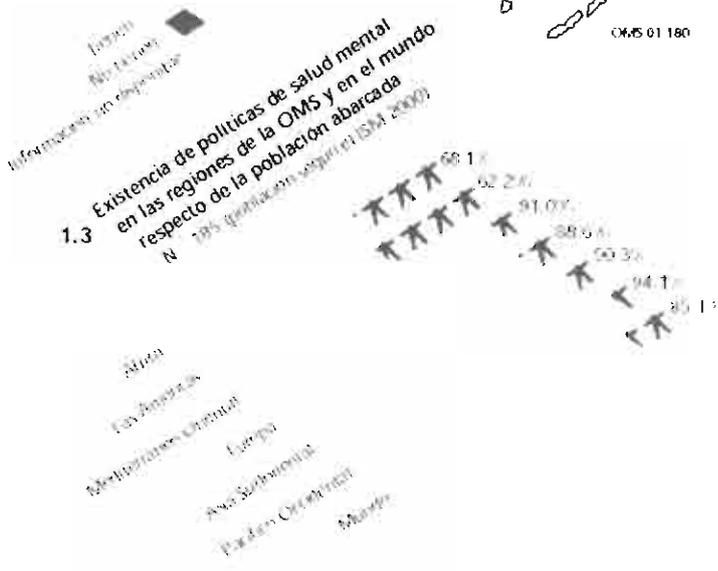
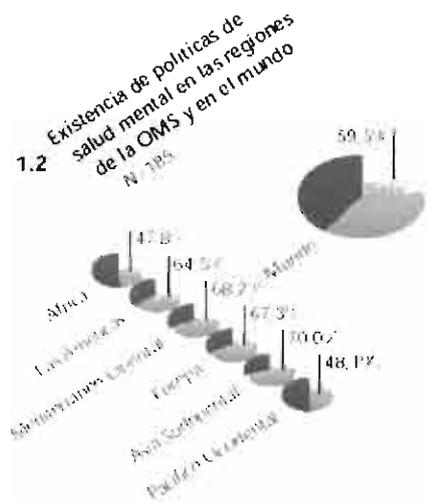
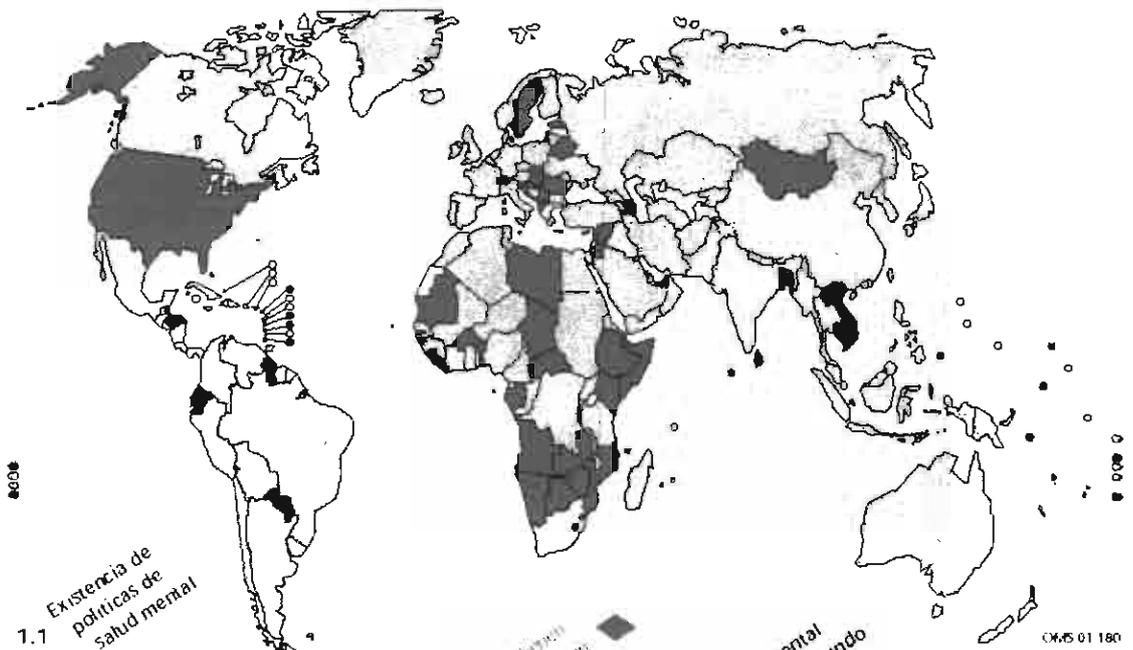
**ARTÍCULO 76.** La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentren en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental.

A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

**ARTÍCULO 77.** Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales.

A tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.

Es cierto, existe una política en salud mental que se refleja en la Ley de Salud; sin embargo, no deja de ser un catálogo de buenas intenciones en tanto no existen evidencias de que en México la prevención de enfermedades mentales se prioritaria ni que se lleven a cabo acciones tendientes a promover la salud mental. Esta circunstancia quedará más claramente explicitada cuando se conozcan los recursos que se destinan a estas acciones: son tan escasos e inclusive ni siquiera existen que difícilmente se podrían implementar (me refiero a recursos financieros y humanos).



**Legislación en materia de salud mental** según la siguiente definición:

*Legislación en materia de salud mental:* disposiciones legales para la protección de los derechos humanos y civiles fundamentales de las personas con trastornos mentales; regulan las instalaciones de tratamiento, el personal, la formación profesional y la estructura de los servicios. La legislación en materia de salud mental contempla disposiciones relativas a la contención y protección de los pacientes, la reglamentación de la hospitalización obligatoria, los procedimientos de alta, las apelaciones, la protección de la propiedad, etc.

Con esta definición encontramos que en México se ha creado la Norma Oficial Mexicana **NOM-025-SSA2-1994**.

**Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica** en cuya texto se señala<sup>2</sup>:

“Los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención.

Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes.

La entrada en vigor de la presente Norma, deberá considerar que, tanto por el monto de la inversión requerida, como por el número de recursos humanos necesarios y su capacitación, su cabal cumplimiento deberá atender a la determinación de los plazos pertinentes para el desarrollo de los servicios, tomando en cuenta la condición específica de cada Entidad Federativa. Sin embargo existe la urgente necesidad de que a la mayor brevedad posible la vigencia de la presente Norma Oficial Mexicana opere en plenitud.

### **1. Objetivo**

1.1. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez.

### **2. Campo de aplicación**

2.1. Esta Norma Oficial Mexicana es de aplicación obligatoria en todas las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-

---

<sup>2</sup> Se reproducen solamente algunas partes de ésta que se consideraron más importantes.

psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud.”

La Norma Oficial mexicana fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de noviembre de 1995 y entró en vigor en el Distrito Federal un año después (1996), dos años después (1997) en Baja California Sur, Coahuila, Colima, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí y Sinaloa; y en 1998 entró en vigor en el resto de la entidades federativas.

Esta Norma tiene concordancia con la Norma Internacional “Principios para la Protección de las personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental”, publicada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, en febrero de 1991.

Fue elaborada por personal del Sistema de Salud y del Gobierno federal así como por representantes de organizaciones civiles como la Fundación para la rehabilitación del enfermo mental (FREM) y la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial (AMRP<sup>3</sup>).

El problema fundamental de esta Norma es que si bien hace de aplicación obligatoria “los criterios de operación, actividades, actitudes del personal de la Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez”, mantiene la concepción de la enfermedad mental como una cuestión individual, aislada del contexto social. Esto es claro en el siguiente párrafo, el cual hace referencia a la rehabilitación integral del individuo: “Es el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural” Esto es, pareciera que el medio familiar y social es bueno *por principio* y el que padece la enfermedad mental *tiene* que reaprender las habilidades perdidas (que por lo visto eran buenas pero la enfermedad las destruyó), obtener un ambiente de vida satisfactorio y participar en las actividades productivas, sociales y culturales. El Modelo de sobreposición de problemas está totalmente ausente, la enfermedad es un accidente en la vida de una persona y ésta debe readaptarse al medio que nada tuvo que ver en su acto de enfermar.

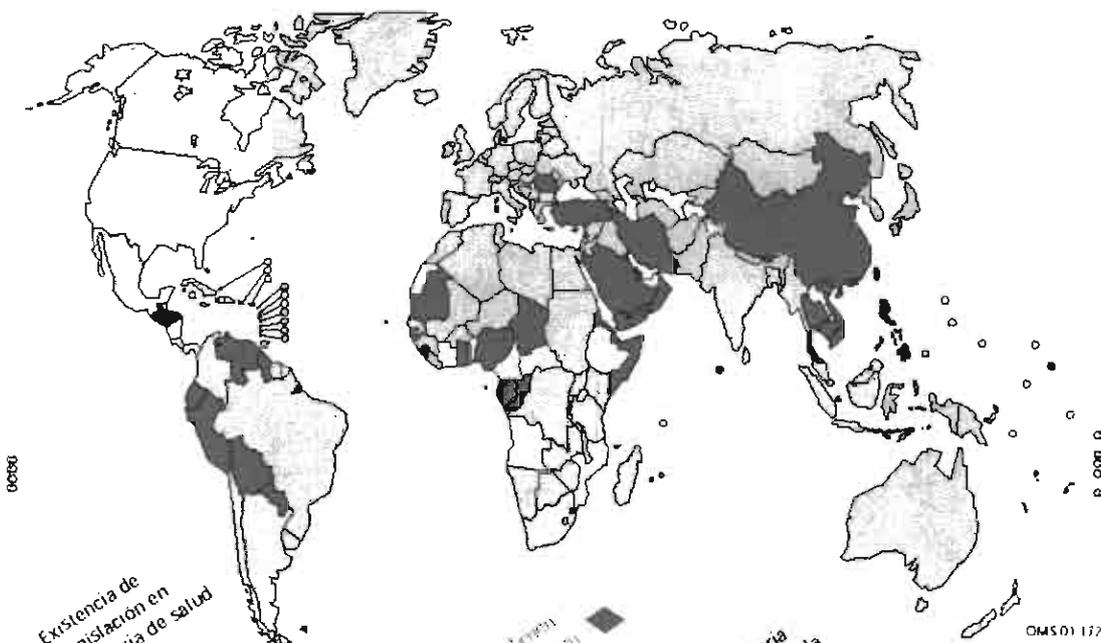
Con esta posición la Norma no atiende la verdadera problemática de la salud mental, aísla al enfermo y resta responsabilidad a la sociedad, al Estado, a la familia, etcétera.

Los cambios en la normativización no necesariamente conllevan a cambios en la práctica cotidiana de las instituciones de salud mental ni en la mentalidad del personal de salud, en particular, y de la sociedad en general; es necesario considerar la rigidez de las estructuras y de la infraestructura que detienen u obstaculizan cualquier intento por introducir nuevas modalidades y formas de

<sup>3</sup> En otros capítulos de este trabajo se hace referencia a esta organización por sus siglas en inglés: WARP.

abordar el problema del enfermo mental. Estas nuevas formas involucran no solamente a los hospitales y su personal: se requieren de cambios en la formación de este personal, implicar a las familias y a toda la comunidad, recomponer la imagen o la concepción generalizada de lo que en realidad es la locura, de las posibilidades que estos enfermos tienen de reintegrarse a una vida útil, productiva y satisfactoria.

En resumen, con la Norma se puso la primera piedra pero el edificio debe ser construido por todos, desde los cimientos del sentido común hasta los altos pisos de la investigación científica y el Estado; desde la idea de que la locura debe permanecer encerrada en calidad de depósito en un manicomio para que de esta manera los de afuera estemos tranquilos y sanos, hasta la posibilidad de brindarles trabajo y vivienda dignos así como la atención que requieren como cualquier ciudadano enfermo. Desde el respeto de los derechos humanos de los enfermos hasta el convencimiento de que si no se transforman las condiciones de vida de todos, sanos y enfermos (sea lo sea que esto quiera decir), la locura seguirá.

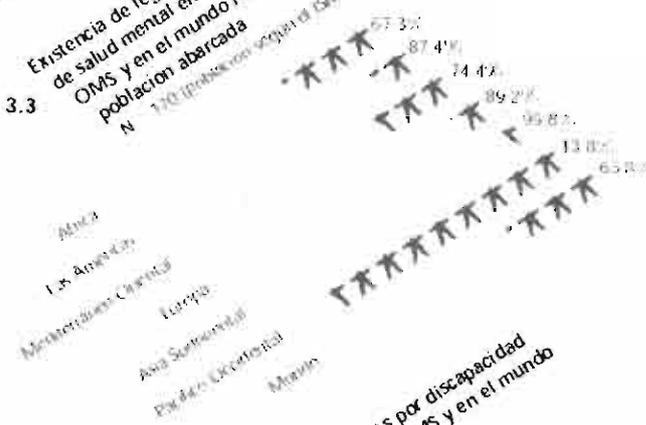
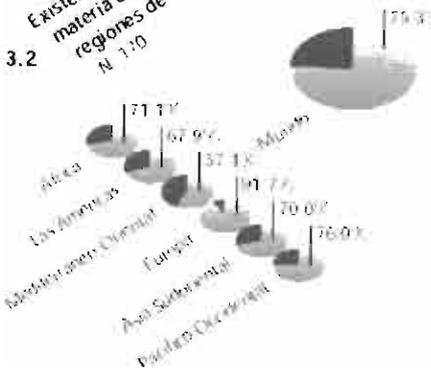


3.1 Existencia de legislación en materia de salud mental

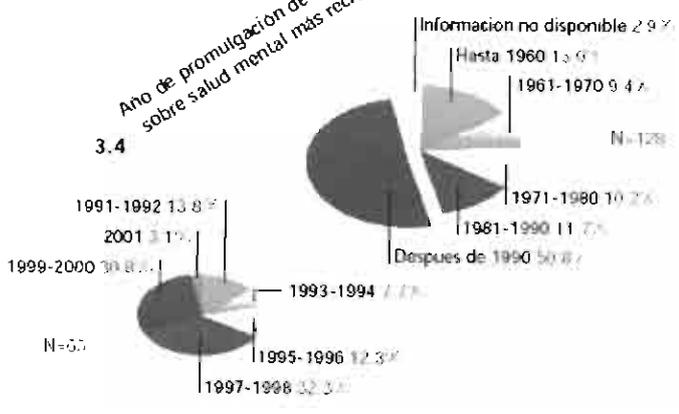
3.2 Existencia de legislación en materia de salud mental en las regiones de la OMS y en el mundo  
N: 170

Legislación  
No legislación  
Información no disponible

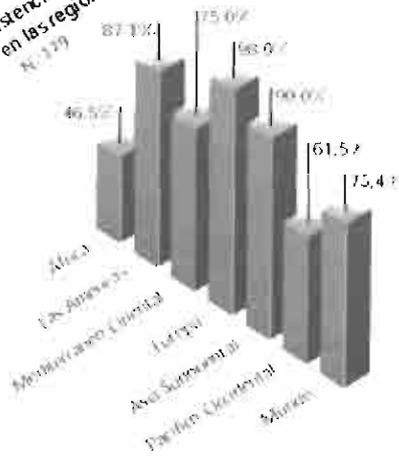
3.3 Existencia de legislación en materia de salud mental en las regiones de la OMS y en el mundo respecto de la población abarcada  
N: 170 (probablemente según el ISM 2000)



3.4 Año de promulgación de la ley sobre salud mental más reciente  
N=55



3.5 Existencia de subsidios por discapacidad en las regiones de la OMS y en el mundo  
N: 179



## **Presupuesto asignado a salud mental como proporción (%) del presupuesto de salud según la definición del Proyecto Atlas:**

*Presupuesto asignado a la atención de salud mental:* la fuente ordinaria de dinero que, en el presupuesto de un país, se asigna a las acciones dirigidas a lograr objetivos de salud mental.

Si atendemos a los datos que aparecen en el citado mapa, la proporción del presupuesto de salud asignado en México a la atención de la salud mental es de 0 a 1%, mientras que en Brasil, Chile y algunos países del Caribe destinan entre 1.01 y 5% a esta actividad. En esta región, Canadá destina más de 10% y Estados Unidos entre el 5.01 y el 10%; es por esto que la región en donde se destina mayor proporción del presupuesto de salud a la atención de la salud mental es la denominada de Las Américas. Llama la atención que ésta es la información más escasa de toda la recopilada por el Proyecto Atlas.

Ante la imposibilidad de conocer la proporción del presupuesto en salud dedicado a la salud mental, se presentan datos del presupuesto general: El gasto en salud es aproximadamente 5.6% del PIB. Ahí se incluye el gasto público<sup>4</sup> (el cual representa 46% del total), el prepago privado (2% del total) y el gasto de bolsillo (58% del total). Se estima que entre 2 y 3 millones de hogares mexicanos sufren gastos catastróficos de salud al año (S.S.A., 2001 citado por Torres. A.C.:2001: 209).

Este último es muy alto e inequitativo debido en parte a que más de 50% de la población no tiene ningún tipo de seguro médico<sup>5</sup>, lo que a su vez ocasiona que un gran número de familias incurra en gastos catastróficos en salud, es decir que desembolsen en este rubro 30% o más de su ingreso disponible. Los deciles más bajos de ingresos son los que tienen un mayor porcentaje de familias que sufre este tipo de imprevistos (Knaul *et al.*, 2001 citado por Arzoz (2002:185).

El gasto público en salud se compone principalmente por: 1) las aportaciones del gobierno federal a los diferentes institutos de seguridad social; 2) las transferencias del gobierno federal a la SSA, a los servicios estatales de salud (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA), los cuales se entregan a través del ramo 33, así como los destinados a los programas IMSS-Solidaridad y Progresá; 3) los recursos propios de las entidades federativas que se transfieren a los servicios estatales de salud; 4) las cuotas obrero-patronales, que son un impuesto a la nómina de los trabajadores cubiertos por la seguridad social, y que se pueden considerar como recursos públicos.

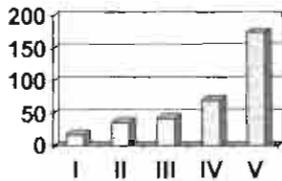
El promedio nacional del gasto fiscal en salud es de 828 pesos per cápita. El promedio nacional del gasto público en salud per cápita es de 1 405 pesos tanto uno como otro varían mucho entre las entidades.

---

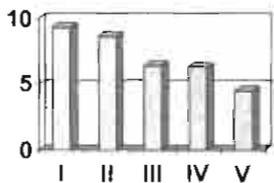
<sup>4</sup> El gasto fiscal es el gasto público con exclusión de las cuotas obrero-patronales en el caso del IMSS y de las cuotas obreras en el del ISSSTE, pues estos recursos son pagados por los trabajadores y los empleadores para tener derecho a la seguridad social.

<sup>5</sup> Ningún seguro de gastos médicos cubre la atención a trastornos mentales.

**El gasto de bolsillo en salud per cápita. México, 2000**  
(Por quintiles de ingreso per cápita).



- El gasto en salud nominal se incrementa con el nivel de ingreso de la familia



- ... pero como porcentaje del gasto público disponible decrece.

\*Gasto de bolsillo per cápita (pesos 2002).

Fuente: Estimaciones basadas en ENIGH, 2000. (Torres, 2002:216)

El gasto de bolsillo en salud en México y los principales factores asociados que conducen a que dicho gasto sea catastrófico (mayor a 30% del gasto total menos el gasto en alimentos) para las familias.

**Gasto en salud en el mundo, 2001.**

País	Respecto al PIB (%)
Estados Unidos	13.0
Alemania	10.7
Francia	9.5
Canadá	8.9
Argentina	8.6
Australia	8.5
Italia	8.3
Kenia	8.3
Sudáfrica	7.5
Reino Unido	7.3
Chile	7.2
Japón	7.1
España	7.0
Brasil	6.5
Rusia	6.1
Corea	6.0
India	5.9
China	5.6

<b>México</b>	<b>5.3</b>
Guatemala	4.4

Fuente: The Economist y OMS, 2003. Aguayo, 2004:272

### El gasto en sanidad en la OCDE

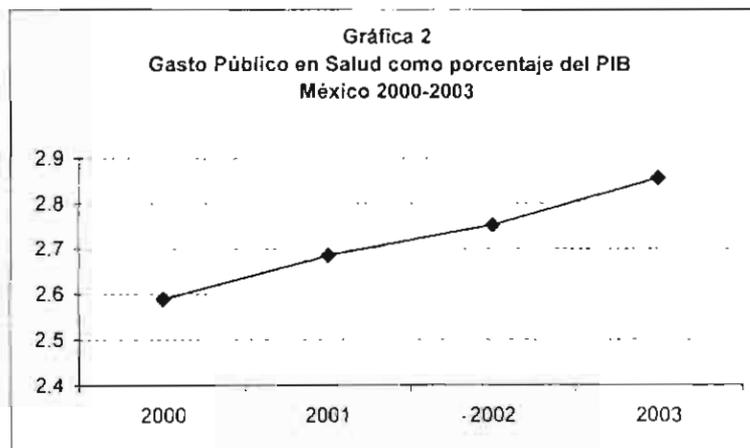
	Gasto por países 2001 (% del PIB)	Variación 1990-2001 (%)	Gasto por habitante (en dólares)
EEUU	13.9	2.0	4 887
Suiza	10.9	2.4	3 248
Alemania	10.7	0.8	2 808
Canadá	9.7	0.7	2 792
Francia	9.5	0.9	2 561
Grecia	9.4	2.0	1 511
Portugal	9.2	3.0	1 613
Islandia	9.2	1.2	2 643
Bélgica	9.0	1.5	2 490
Australia	8.9	1.1	2 350
Holanda	8.9	0.9	2 626
Suecia	8.7	0.6	2 270
Dinamarca	8.6	0.1	2 503
Austria	7.7	0.6	2 191
Japón	7.6	1.7	1 984
Reino Unido	7.6	1.6	1 992
<b>España</b>	<b>7.5</b>	<b>0.8</b>	<b>1 600</b>
República Checa	7.3	2.3	1 106
Finlandia	7.0	-0.8	1 841
Hungría	6.8	-0.3	911
<b>México</b>	<b>6.6</b>	<b>2.1</b>	<b>566</b>
Irlanda	6.5	0.4	1 935
Polonia	6.3	1.1	570
Corea del Sur	5.9	1.1	893
Eslovaquia	5.7	N.d.	682
Luxemburgo	5.5	-0.5	2 719

**Gasto en salud. México, 2002.**

Gasto nacional en salud	
Como porcentaje del PIB	5.8
Total (millones de pesos)	356 862. 3
Gasto público	
Como porcentaje del PIB	2.4
Como porcentaje del gasto total en salud	42.1
Como porcentaje del gasto público total	14.6
Gasto privado	
Como porcentaje del PIB	3.4
Como porcentaje del gasto total en salud	57.9

Fuente: SSA, 2003. Aguayo, 2004:82

Uno de los problemas que aquejan al sector es que la situación económica del país ha llevado a una reducción del gasto público en salud: en 1999 era de 2.8% del PIB, y en 2002 había caído a 2.4%. Julio Frenk mismo reconoce esta situación: "México dedica un porcentaje del Producto Interno Bruto que es inferior al promedio latinoamericano, que es un 5.6, de lo cual además ya menos de la mitad es gasto público, o sea estamos dedicando menos del 2.5 por ciento del PIB a la inversión pública en salud", mientras la inversión privada es de 3.4%.

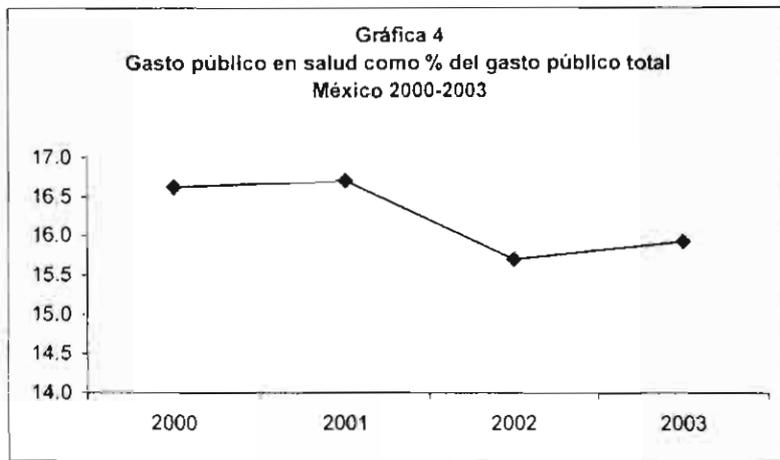


Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. México, 2004.

**Gasto público en salud como porcentaje del PIB. México, 2003.  
(miles de pesos)**

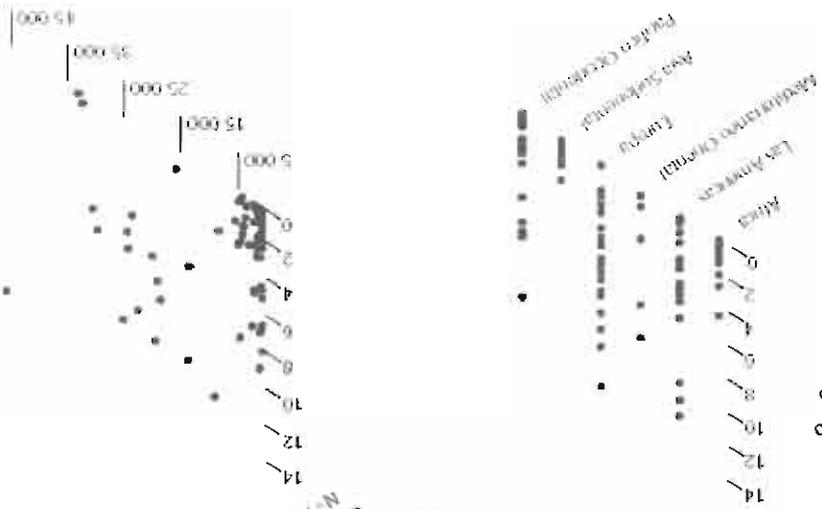
	Gasto Público	PIB	Gasto Público % del PIB
Estados Unidos Mexicanos	192 961 160.6	6 754 773 393.8	2.9

Fuente: Boletín de Información Estadística No. 23, 2003

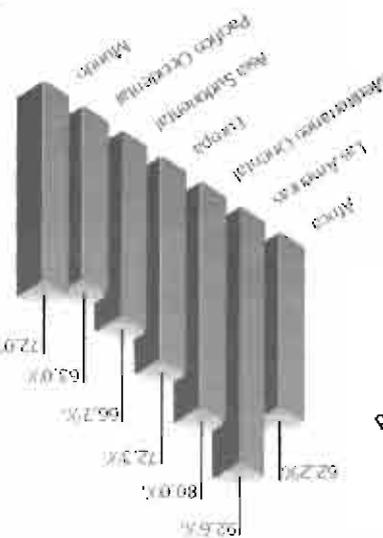


Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. México, 2004.

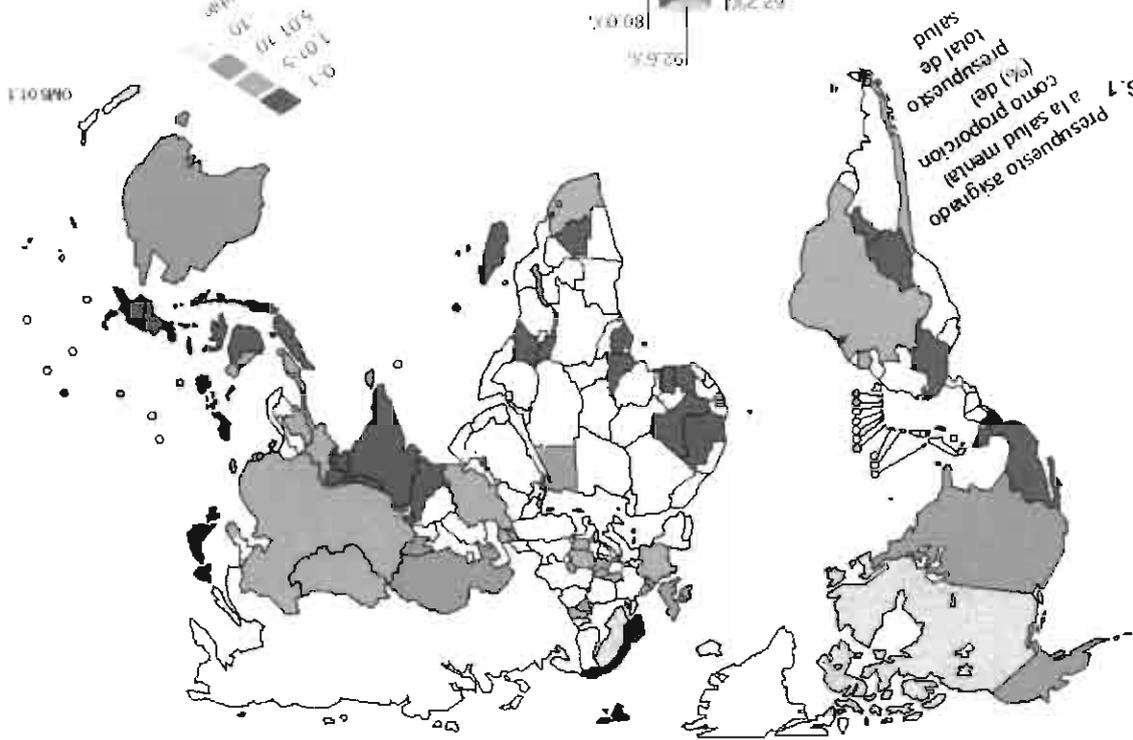
6.3 Presupuesto asignado a la atención de salud mental como proporción de salud en las regiones de la OMS  
N=91



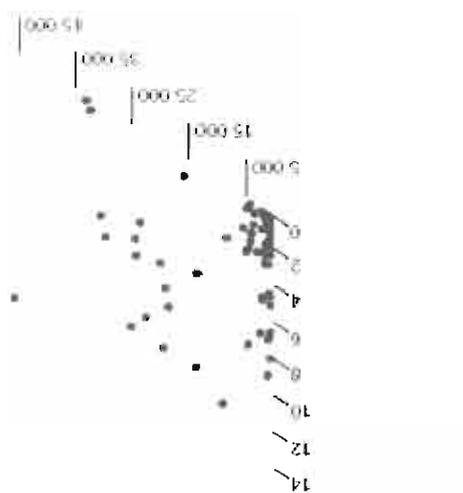
6.2 Existencia de presupuestos asignados a la atención de salud mental en las regiones de la OMS y en el mundo  
N=175



6.7 Presupuesto asignado a la salud mental como proporción (%) del presupuesto total de salud



6.4 Presupuesto asignado a la atención de salud mental como proporción del presupuesto total de salud por PIB / habitante (USD)  
N=70

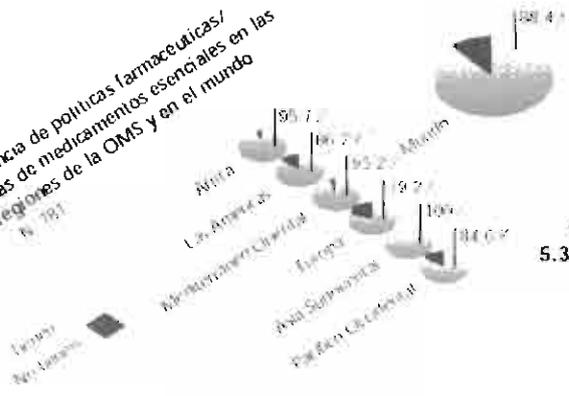


3216	Lidocain	Tyväkaps	50 mg	20 kappaleita
202	Enalapril	Solucel 10 mg tabletit	10 mg/20 ml	50 a. ja yli 65-v. iäkkäät
3286	Lidocain	Geplax 50 mg tabletit	50 mg	20 kappaleita 50 mg/20 ml

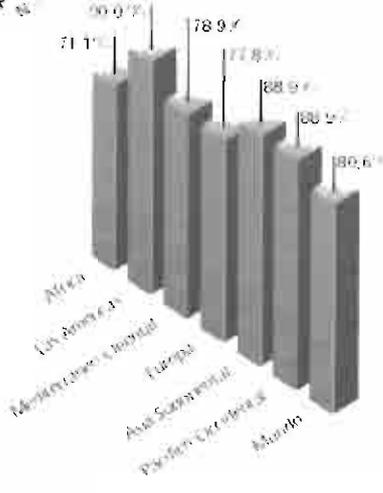
3270	Clonidine	tabletit	0,3 mg	30 kappaleita
3275	Clonidine	tabletit	0,3 mg	10 tablettia
4400	Clonidine	Clonidine 0,3 mg	0,3 mg	10 kappaleita
3267	Lidocain	Tabletit	100 mg	10 kappaleita 100 mg/20 ml
3304	Chlorthalidon	500 mg ja 1000 mg tabletit	500 mg/20 ml	10 kappaleita 500 mg/20 ml
3271	Clonidine	1000 mg ja 500 mg tabletit	10 mg	20 kappaleita 1000 mg/20 ml ja 500 mg/20 ml
3285	Clonidine	Solucel 10 mg tabletit	10 mg/20 ml	10 kappaleita 10 mg/20 ml
3292	Clonidine	Clonidine	100 mg	20 kappaleita
3291	Clonidine	Clonidine	20 mg	20 kappaleita

3259	Clozapina	Comprimidos	100 mg	30 ó 50 comprimidos
5477	Flufenazina	Solución inyectable	25 mg/ ml	Un frasco ampola con un ml
4478	Flunitrazepam	Comprimidos	1 mg	30 comprimidos
4483	Fluoxetina	Cápsulas o tabletas	20 mg	14 ó 28 cápsulas o tabletas
4477	Haloperidol	Solución oral	2 mg/ ml	Envase con gotero integral con 15 ml
3251	Haloperidol	Tabletas	5 mg	20 tabletas
3253	Haloperidol	Solución inyectable	5 mg/ ml	6 ampolletas con un ml
4481	Haloperidol	Solución inyectable	50 mg/ ml	Una o 5 ampolletas con un ml
5476	Levomepromazina	Solución inyectable	25 mg/ ml	10 ampolletas con un ml
3204	Levomepromazina	Tabletas	25 mg	20 tabletas
3255	Litio	Tabletas	300 mg	50 tabletas
5478	Lorazepam	Tabletas	1 mg	40 tabletas
3312	Mianserina	Tabletas	30 mg	12 tabletas
3311	Moclobemida	Comprimidos	150 mg	30 comprimidos
5485	Olanzapina	Tabletas	5 mg	14 ó 28 tabletas
5486	Olanzapina	Tabletas	10 mg	14 ó 28 tabletas
5481	Paroxetina	Tabletas	20 mg	10 tabletas
3254	Penfluridol	Tabletas	20 mg	10 tabletas
3245	Perfenazina	Grageas o tabletas	4 mg	30 grageas o tabletas
3258	Risperidona	Tabletas	2 mg	40 tabletas
4484	Sertralina	Cápsulas	50 mg	14 cápsulas
3248	Tioproperezina	Tabletas	10 mg	20 tabletas
2502	Tioridazina	Suspensión oral	10 mg/ 5 ml	Envase con 200 ml
3238	Tioridazina	Grageas	100 mg	20 grageas
5479	Tioridazina	Grageas	25 mg	30 grageas
3206	Triazolam	Tabletas	0.125 mg	20 Tabletetas
3241	Trifluoperazina	Grageas	5 mg	20 grageas
3260	Trifluoperazina	Solución inyectable	1 mg	2 ampolletas con 2 ml
Clave	Nombre Genérico	Forma farmacéutica	Cantidad	Presentación
5483	Zuclopentixol	Solución inyectable	200 mg	Una ampolleta
5484	Zuclopentixol	Tabletas	25 mg	20 ó 50 tabletas

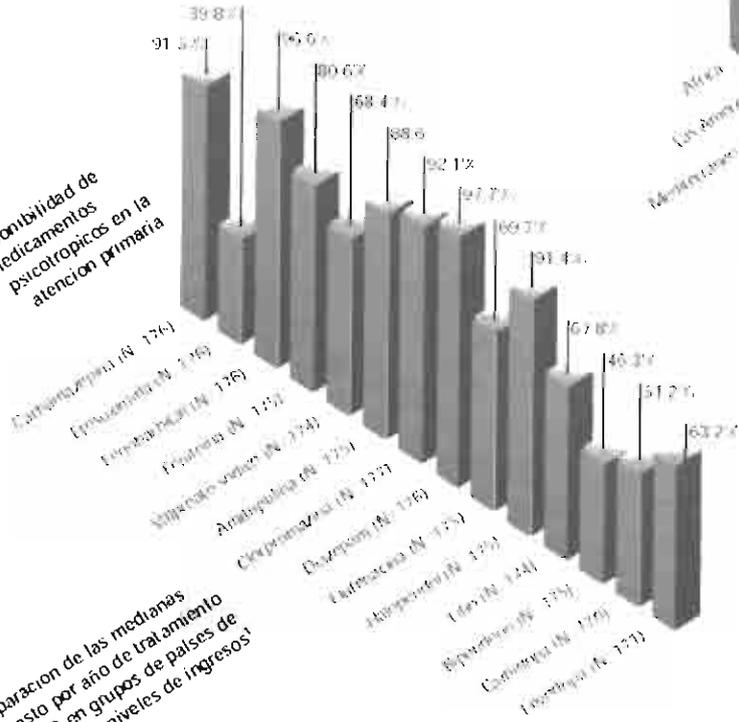
**5.1 Existencia de políticas farmacéuticas/ listas de medicamentos esenciales en las regiones de la OMS y en el mundo**  
N: 781



**5.3 Disponibilidad de tres\* medicamentos psicotrópicos esenciales a nivel de atención primaria en las regiones de la OMS y en el mundo**  
N: 115 (Estados Unidos, amitriptilina y clomipramina)

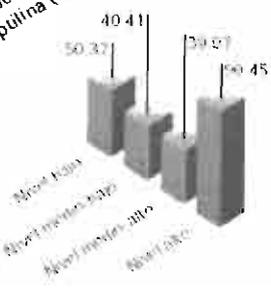


**5.2 Disponibilidad de medicamentos en la atención primaria**

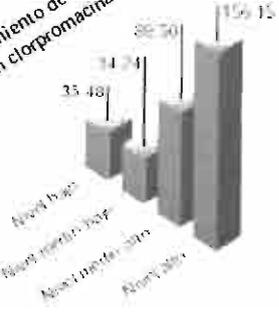


**5.4 Comparación de las medianas de gasto por año de tratamiento en USD en grupos de países de diferentes niveles de ingresos\***

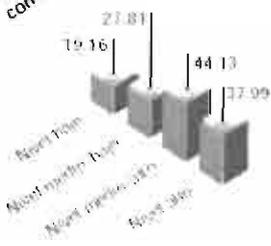
**Tratamiento de la depresión con amitriptilina (150 mg/día)**



**Tratamiento de trastornos psicóticos con clomipramina (400 mg/día)**



**Tratamiento de la epilepsia con fenitoína (300 mg/día)**



## Número total de camas psiquiátricas por 10 000 habitantes según la definición:

*Cama psiquiátrica:* cama mantenida para su uso continuado por pacientes con trastornos mentales durante 24 horas. Están situadas en hospitales psiquiátricos públicos y privados, hospitales generales, y hospitales geriátricos y pediátricos.

México, a juzgar por los datos que proporciona el Proyecto Atlas se encuentra en el nivel de Perú y Paraguay en la región de Las Américas y de la mayoría de los países de África y algunos de Asia; esto es, un total de 0 a 1 cama psiquiátrica por 10 000 habitantes.

### Camas en funcionamiento por 1 000 habitantes en España, 2004

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000
Camas en funcionamiento por 1 000 hab.	4.14	4.07	4.02	3.94	3.91	3.85	3.81	3.71
Generales	3.00	2.97	2.95	2.91	2.91	2.87	2.83	2.76
Especiales de corta estancia	0.29	0.26	0.25	0.24	0.23	0.23	0.25	0.23
Especiales de larga estancia	0.29	0.30	0.28	0.29	0.29	0.29	0.29	0.29
Psiquiátricos	0.56	0.54	0.54	0.51	0.48	0.46	0.44	0.43
Estancia media	11.35	11.00	10.54	10.46	10.01	9.65	9.40	8.98

Fuente: Anuario Estadístico de España, 2004.

### Camas censables en países seleccionados de América, 1960-1990

País	1959-60	1965-68	1971-72	1974-76	1984	1987	1990
Argentina	6.4	6.3	5.7	5.4	5.4	4.8	4.5
Bolivia	1.8	2.2	2.0	1.8	1.8	1.3	2.0
Brasil	3.4	3.4	3.8	3.8	3.6	3.5	3.6
Chile	5.0	4.0	3.7	3.6	2.9	3.3	3.2
Colombia	3.2	2.4	2.0	1.9	1.8	1.5	1.5
Costa Rica	5.1	3.8	3.9	3.8	2.9	2.6	2.5
Cuba	2.3	4.8	4.2	4.0	6.1	5.0	5.8
Ecuador	2.1	2.2	2.1	2.1	1.9	1.7	1.6
El Salvador	2.0	2.2	2.1	1.8	1.3	1.5	1.3
Guatemala	2.8	2.3	2.4	2.0	1.6	1.6	1.1
Haití	0.7	0.7	0.7	0.8	1.0	0.8	0.8
Honduras	2.0	1.7	1.7	1.7	0.9	1.1	1.2
<b>México</b>	<b>1.4</b>	<b>2.0</b>	<b>1.2</b>	<b>1.2</b>	<b>0.8</b>	<b>0.7</b>	<b>0.7</b>
Nicaragua	1.8	2.3	2.5	2.2	1.6	1.4	1.3
Panamá	3.8	3.3	3.2	3.7	3.6	3.2	2.5
Paraguay	0.8	2.0	1.5	1.5	1.4	1.0	1.7
Perú	2.2	2.4	2.0	2.0	1.7	1.5	1.4
Rep. Dominicana	2.7	2.8	2.8	2.8	1.2	2.0	1.8
Uruguay	3.9	6.4	5.7	5.7	5.0	4.6	4.8
Venezuela	3.6	3.2	3.0	2.9	2.7	2.6	2.3

Fuente: OPS. Las Condiciones de Salud de las Américas. Washington D.C.

**Principales indicadores sobre recursos y servicios.  
Sistema Nacional de Salud. México 2000**

	Camas X 100 mil	Médicos X 100 mil	Consultorios X 100 mil	Intervenciones X 100 mil	Ocup. Hosp. X 100 mil
Nacional	77.5	141.2	51.7	2.8	68.4
Población Abierta	66.2	115.9	53.5	2.2	60.9
Población Derechohabiente	71.2	134	39.3	3.3	74.6

Fuente: Boletín de Información Estadística Vol.1 Recursos y Servicios 2000. Salud Pública:616

El último censo de camas psiquiátricas que reporta la Secretaría de Salud corresponde al 2003. Los datos están reportados por número total pero si las calculamos por cada 10 000 habitantes resultan haber 4.8 camas.

**Camas censables y no censables, 2003**

Entidad	Censables							No censables
	Total	General	Cirugia	Gineco obstetricia	Medicina interna	Pediatría	Psiquiatría	
Nacional	31549	1812	5433	6146	4170	5797	4852	32910
Institutos Nacionales	1 613	0	19	112	167	389	74	415

Fuente: Dirección General de Información en Salud. SISPA- Subsistema de Recursos (RENIS).

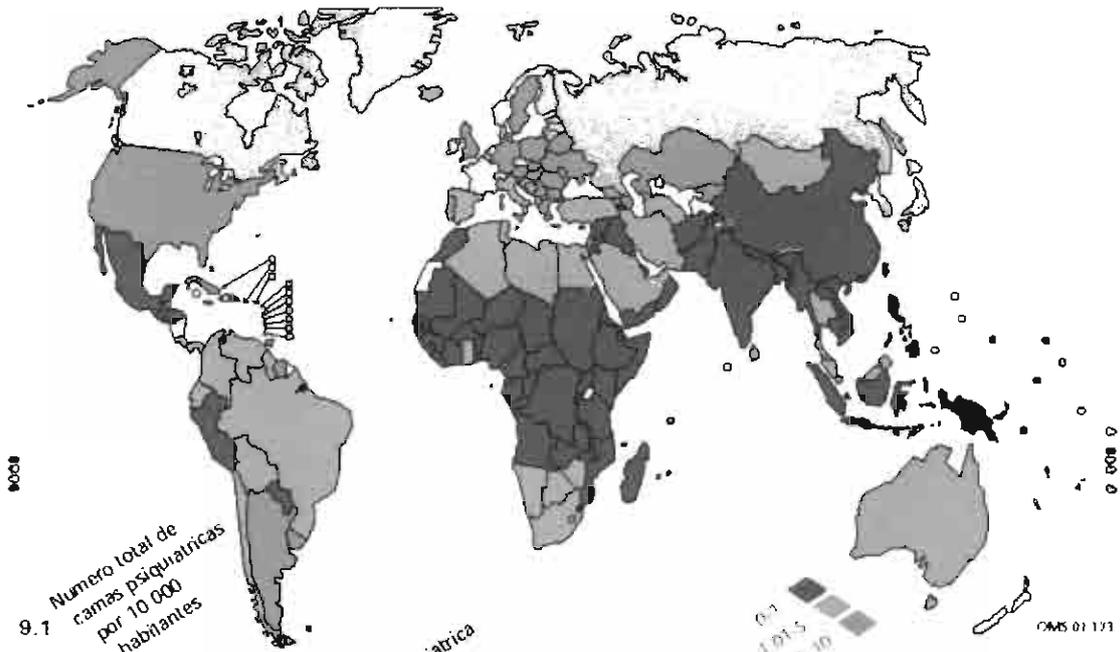
Estos datos no concilian con los que reporta el INEGI para 2002. Esto es, el Instituto reporta que el número de camas censables en 2002 era de 75.6 por 100 000 habitantes.

Los datos con que se cuenta no pueden compararse, sin embargo, lo que sí resulta claro es que en México, como en el resto del mundo, año con año disminuye su número.

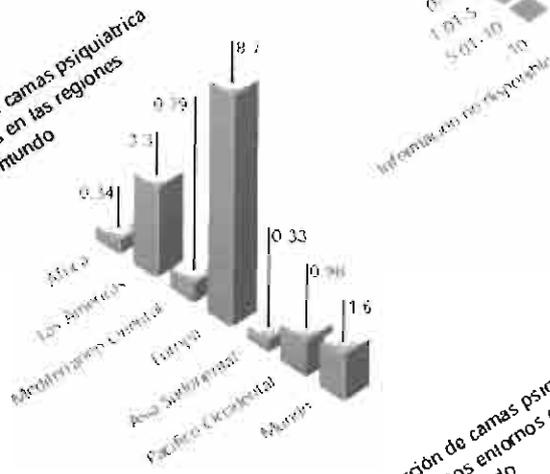
Por otra parte, en el mapa del Proyecto Atlas también se incluye información acerca de los recursos materiales dedicados a la Salud Mental, más allá de las camas; por ello se presentan los datos que reporta el Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud 2004, correspondientes al año 2002 (en donde, por cierto, el número de camas es mayor que el reportado para el año 2003).

**Recursos materiales según tipo de unidad, 2002**

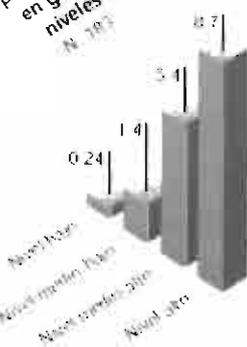
Tipo de Unidad	Salas					Laboratorio		Gabinete	RayosX	Equipo	Dental	Farmacia
	Expul- sión	Urgen- cias	Hidr. Oral	Cirug. Ambul.	Endos copia	A. Clínicos	A. Pat.	Radiología		Unidad	RayosX	
Hospital Psiquiátrico	0	13	1	0	1	15	0	7	11	27	20	26
Tipo de Unidad	Total	Consultorios				Camas		Incuba- doras	Quiró- fanos	Banco de sangre		
		Med. Grat. y Familiar	Odonto- logía	Otros Servicios	Censables	No censables						
Hospital Psiquiátrico	Unidades	Total										
	30	528	33	21	474	5 004	260	0	1	0		



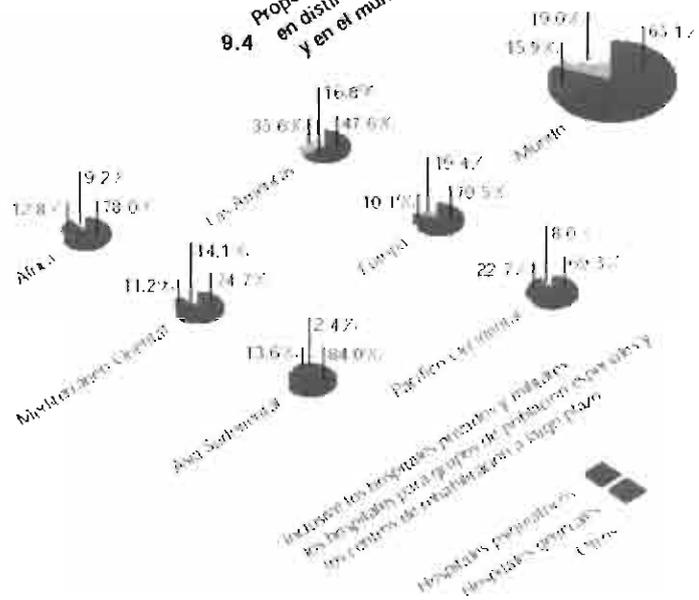
9.2 Medianas del numero de camas psiquiatricas por 10 000 habitantes en las regiones de la OMS y en el mundo (N 183)



9.3 Medianas del numero de camas psiquiatricas por 10 000 habitantes en grupos de paises de diferentes niveles de ingresos (N 183)



9.4 Proporción de camas psiquiatricas (aproximada) en distintos entornos en las regiones de la OMS y en el mundo



**Número de psiquiatras según la siguiente definición:**

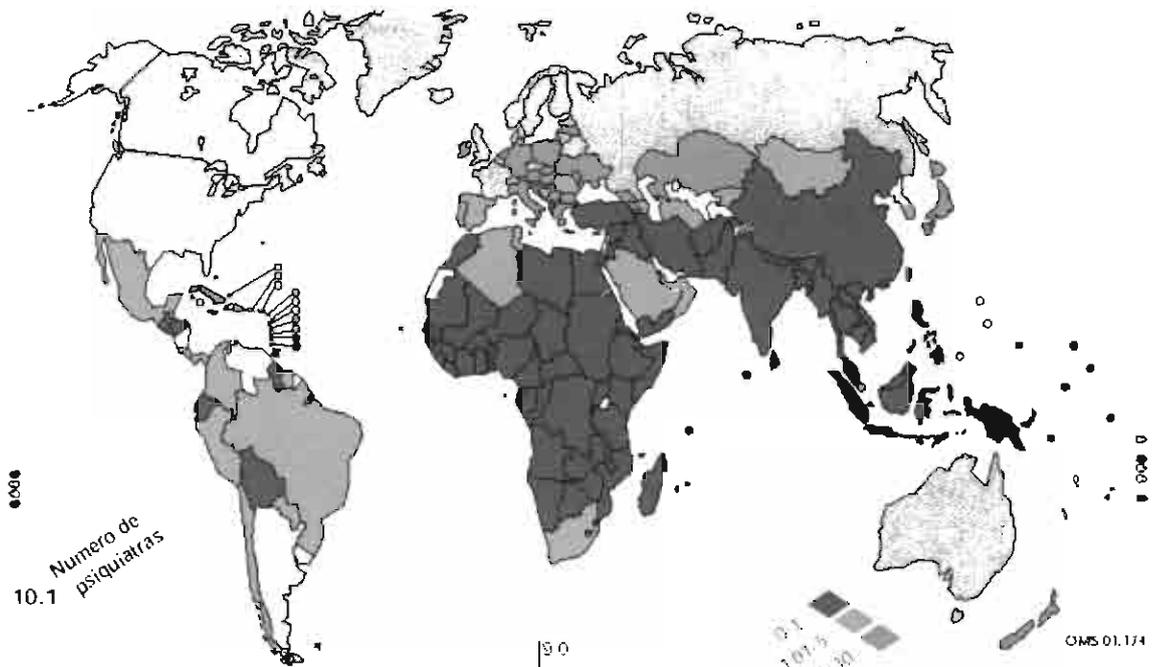
*Psiquiatra:* médico con una formación de postgrado en psiquiatría de dos años como mínimo en una institución docente reconocida. Durante ese periodo puede haberse recibido formación en una subespecialidad psiquiátrica.

La media mundial de psiquiatras por 100 000 habitantes es de 3,96. (Pág. 26)

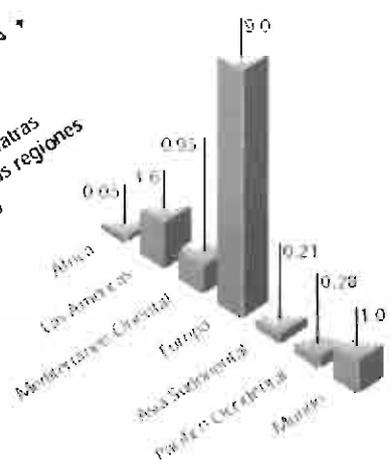
En todas las bases de datos consultadas se reportan solamente los médicos generales y los médicos especialistas, sin especificar más allá.

Uno de los datos con que se cuenta es que en México hay 0.8 psiquiatras por 100 000 habitantes; esta información proviene de una conferencia impartida por el Dr. Ramón de la Fuente en 1988, de la cual no se tiene el registro.

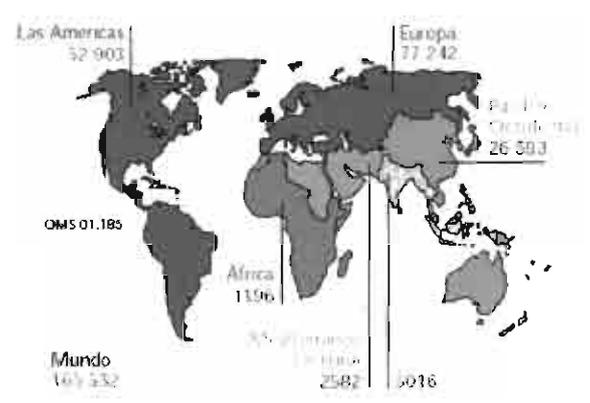
En otra comunicación del Dr. De la Fuente aparece otro dato: 2 000 psiquiatras en todo el país, esto es más o menos 2 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, la mitad de la media mundial. (De la Fuente, 2001:2)



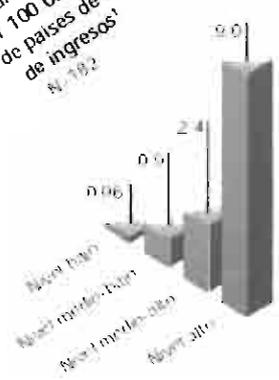
10.2 Medianas del numero de psiquiatras por 100 000 habitantes en las regiones de la OMS y en el mundo  
N: 182



10.4 Numero de psiquiatras en las regiones de la OMS (Agrupaciones obtenidas a partir de la información de 182 países)



10.3 Medianas del numero de psiquiatras por 100 000 habitantes en grupos de ingresos<sup>1</sup>  
N: 182



## Número de enfermeras psiquiátricas según la siguiente definición:

*Enfermera psiquiátrica:* profesional diplomada de una escuela de enfermería reconocida de nivel universitario, y especializada en salud mental. Las enfermeras psiquiátricas están registradas en el colegio profesional local (o su equivalente) y trabajan en un servicio de salud mental. La media de enfermeras psiquiátricas por 100 000 habitantes es de 12,63.

En España, según el Anuario Estadístico, 2004, existen 70 enfermeras por cada 100 camas en funcionamiento, pero no se reportan enfermeras psiquiátricas.

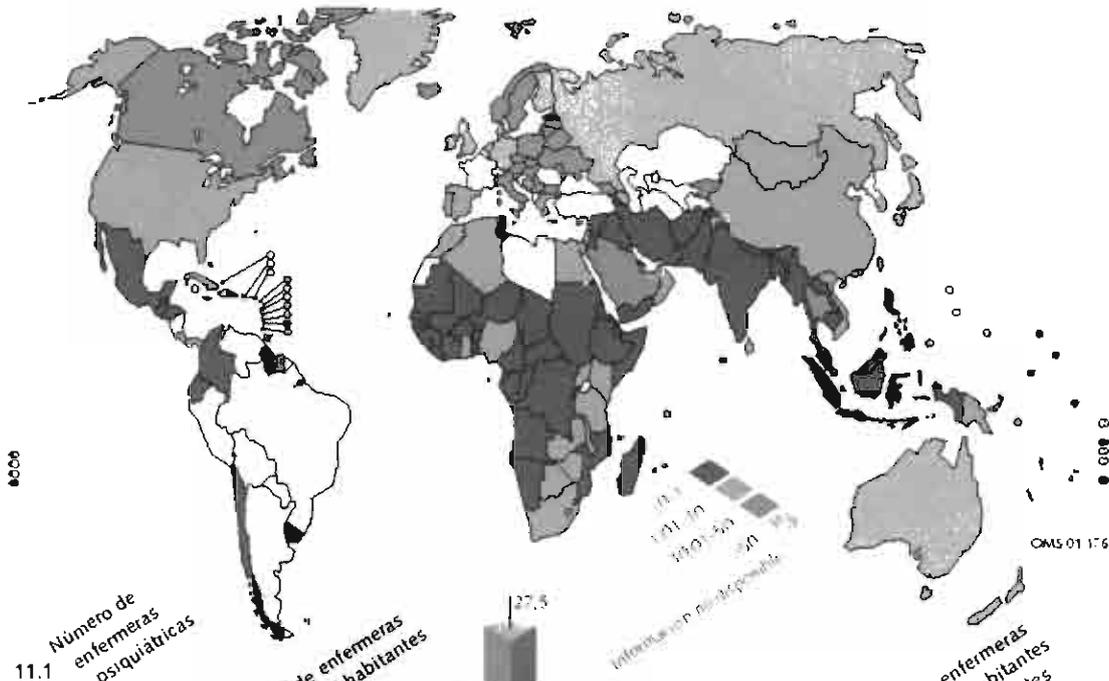
En México, los datos actualizados por la Secretaría de Salud son de 2001, para la población abierta<sup>6</sup>; no se especifica la especialidad de las enfermeras pero si nos guiamos por la definición de la OMS, las enfermeras psiquiátricas deberían estar contabilizadas como especialistas y de éstas solamente se consignan un total de 5 667 en todo el país, incluyendo los Institutos Nacionales; si no los contabilizamos, queda un total de 4 791 para todas las especialidades y para la población que atiende la Secretaría de Salud.

### Enfermeras por especialidad, 2001

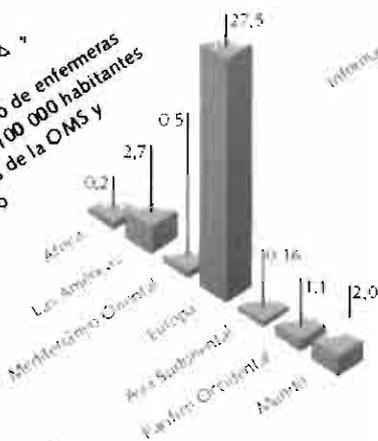
Entidad	Enfermeras en contacto con el paciente		
	Total	General	Especialista
Nacional	68 872	33 281	4 791
Institutos Nacionales	4166	2 380	876

Fuente: SSA, DGIED, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. SISPA-Subsistema de Recursos.

<sup>6</sup> Los datos para todo el Sistema de Salud no pudieron ser consultados por estar infectados con virus.



11.2 Medianas del número de enfermeras psiquiátricas por 100 000 habitantes en las regiones de la OMS y en el mundo

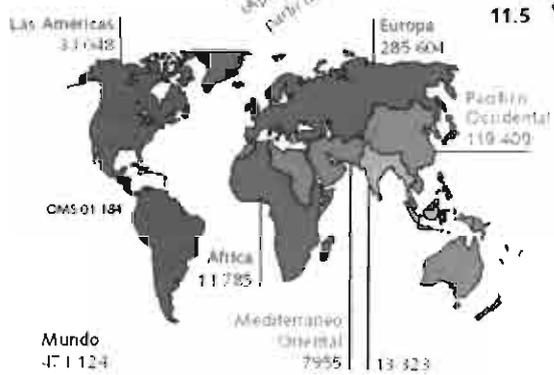


11.3 Medianas del número de enfermeras psiquiátricas por 100 000 habitantes en grupos de países de diferentes niveles de Ingresos<sup>1</sup>

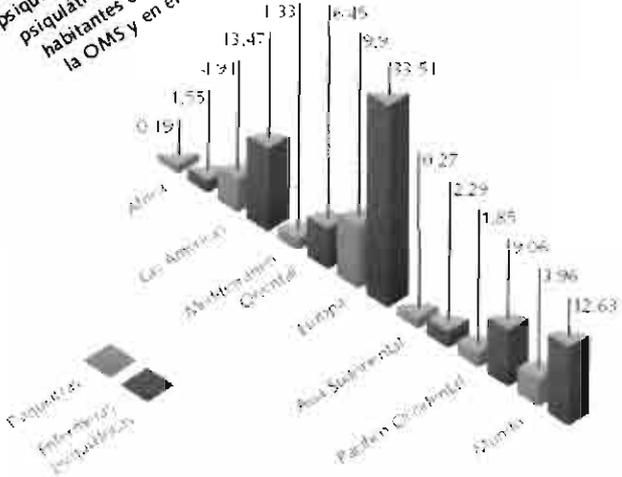


11.4 Número de enfermeras psiquiátricas en las regiones de la OMS

agregaciones obtenidas a partir de la información de 164 países



11.5 Comparación del número medio de psiquiátras respecto de enfermeras psiquiátricas por 100 000 habitantes en las regiones de la OMS y en el mundo



**Número de psicólogos en el área de salud mental**, sector muy importante junto con el de los asistentes sociales, para tener una visión de los recursos con los que cuenta un país para las acciones de prevención y promoción de la salud; así como para los programas de rehabilitación y reinserción social de los sujetos que están enfermos.

La definición que propone el Proyecto Atlas es:

*Psicólogos del área de salud mental:* diplomados de una facultad universitaria de psicología reconocida con especialización en psicología clínica. Están registrados en el colegio profesional local (o su equivalente) y trabajan en un servicio de salud mental. La media de psicólogos del área de salud mental es de 6,43 por 100 000 habitantes.

En los datos que proporciona la Secretaría de Salud sí aparece el número de psicólogos y resulta realmente mínimo el número de ellos a nivel nacional (alrededor de 1 por cada 100 000 habitantes), aunque solamente sea tomando en cuenta la atención a la población abierta. Como decíamos líneas arriba, son estos profesionistas los que cumplen principalmente la labor de la prevención y promoción de la salud, así como la rehabilitación y la reinserción social.

Por otra parte, la disponibilidad de psicólogos en el mercado de trabajo es inmensa; quede como dato lo siguiente: en México hay alrededor de 95 escuelas y facultades de psicología; nada más de la Unidad Xochimilco de la UAM, egresan al año alrededor de 100. Lo mismo puede decirse de los asistentes o trabajadores sociales. Son, parece ser, profesiones subempleadas o bien no existen los servicios de prevención, promoción, rehabilitación y reinserción social a nivel público que los emplee.

#### Otros profesionistas, 2001

	Otros profesionistas			
	Total	Trabajadores sociales	Psicólogos	Otros
Nacional	6 132	1 508	1 177	3 447
Institutos Nacionales	816	208	95	513

Fuente: SSA, DGIED, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. SISPA-Subsistema de Recursos.

Puede resultar ilustrativo para conocer la cantidad de psicólogos que existen en nuestro país, la siguiente tabla, y se puede suponer que un buen número de éstos trabajan en el área de la salud mental.

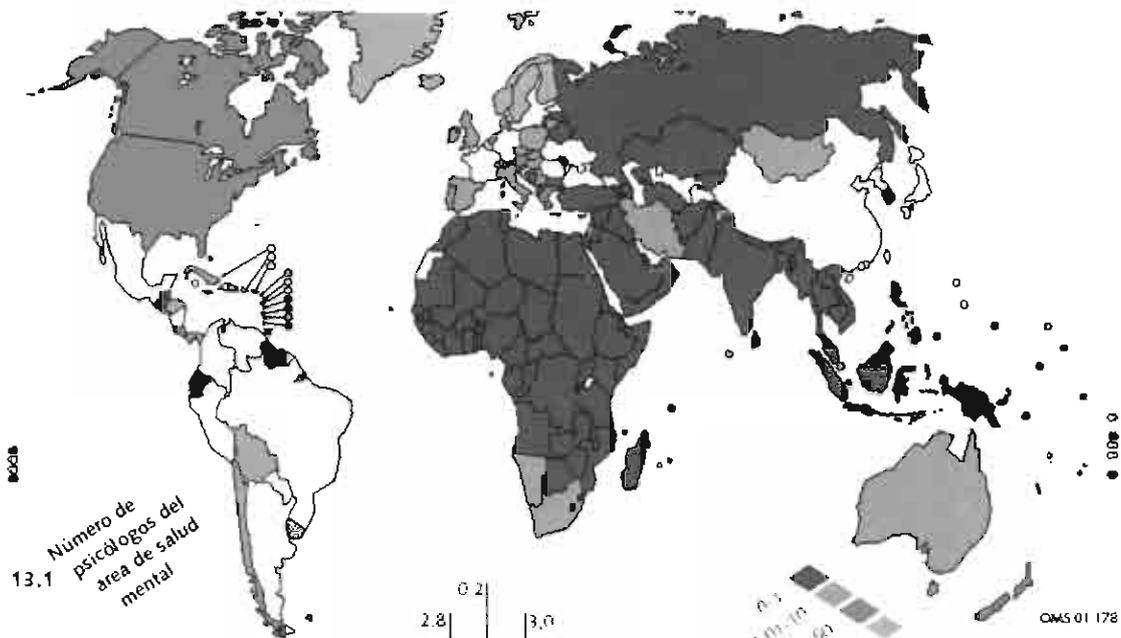
#### Licenciaturas más pobladas. México, 2002<sup>a</sup>

Licenciatura	Total	Hombres (%)	Mujeres (%)
Derecho	196 531	51.0	49.0
Administración	187 966	43.4	56.6

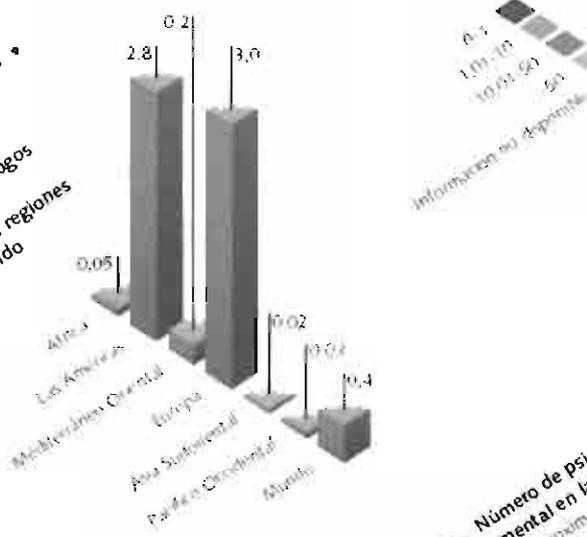
Contaduría	142 610	41.5	58.5
Ingeniería electrónica	98 444	87.9	12.1
Ingeniería Industrial	92 558	69.9	30.1
Informática	75 362	53.4	46.6
Medicina	73 086	49.0	51.0
<b>Psicología</b>	<b>63 404</b>	<b>21.9</b>	<b>78.1</b>
Sistemas computacionales	62 697	69.4	30.6
Arquitectura	51 616	67.5	32.5
<b>Nacional</b>	<b>1 771 969</b>	<b>51.8</b>	<b>48.2</b>

a. Incluye universidades públicas y privadas.

Fuente: ANUIES, 2002. Aguayo, 2004:75

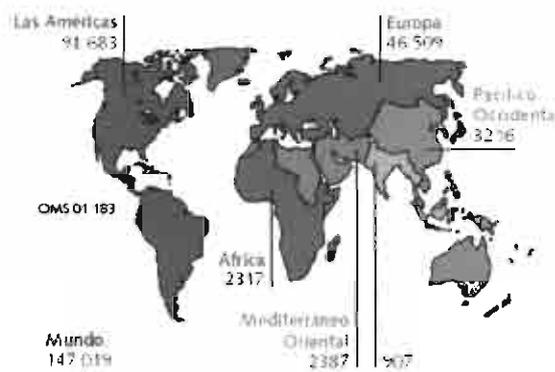
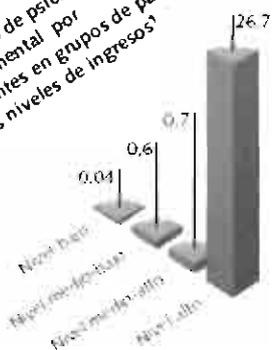


**13.2** Medianas del número de psicólogos del área de salud mental por 100 000 habitantes en las regiones de la OMS y en el mundo



**13.4** Número de psicólogos del área de salud mental en las regiones de la OMS (Aproximaciones obtenidas a partir de la información de 164 países)

**13.3** Medianas del número de psicólogos del área de salud mental por 100 000 habitantes en grupos de países de diferentes niveles de ingresos?



**Número de asistentes sociales en el área de salud mental** en el cual se adiciona la siguiente definición:

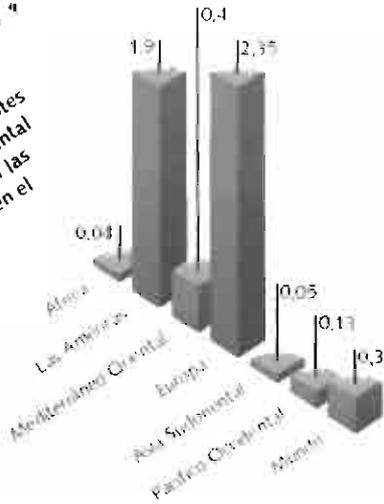
*Asistentes sociales del área de salud mental:* diplomados de una escuela universitaria reconocida de asistentes sociales. Están registrados en el colegio profesional local (o su equivalente) y trabajan en un servicio de salud mental. La media de psicólogos del área de salud mental es de 6,43 por 100 000 habitantes. (Pág. 134)

Como comentábamos en el caso de los psicólogos, los asistentes sociales son un sector de los servicios de salud fundamentales en la prevención y promoción de la salud, así como en los programas de rehabilitación y reinserción social de la población enferma y solamente existen de 0 a 1 por 100 000 habitantes, en el mismo nivel de África, Asia y los países de la Región del Mediterráneo Oriental. Es dramática la diferencia con Europa y Estados Unidos.



14.1 Número de asistentes sociales del área de salud mental

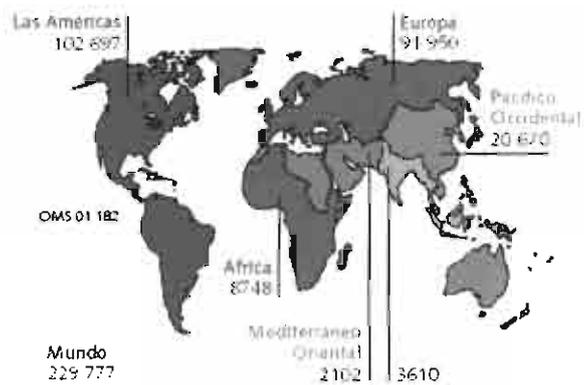
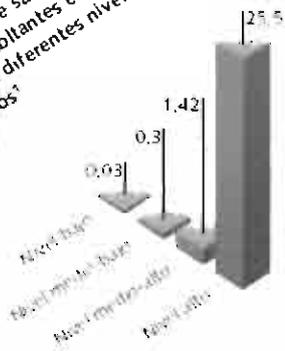
14.2 Medianas del número de asistentes sociales del área de salud mental por 100 000 habitantes en las regiones de la OMS y en el mundo  
N=147



0.1  
1.01-10  
10.01-50  
50  
información no disponible

14.4 Número de asistentes sociales del área de salud mental en las regiones de la OMS (aproximaciones obtenidas a partir de la info. máxima de 147 países)

14.3 Medianas del número de asistentes sociales por 100 000 habitantes en grupos de ingresos<sup>a</sup>  
N=147



Datos agregados de los estados miembros de la OMS desglosados por países. Las Américas.

	Política de salud mental (SM)	Programa nacional de SM	Atención comunitaria en SM	Legislación en materia de SM	Prestaciones por discapacidad en SM	Política en materia de abuso de sustancias	Política farmacéutica/ Lista de medicamentos esenciales	Presupuesto asignado a la atención de SM	Presupuesto asignado a la atención de SM como proporción del presupuesto total <sup>1</sup>	Método principal de financiación de la atención de SM <sup>2</sup>	SM en atención primaria
<b>Región de las Américas</b>											
Antigua y Barbuda	N	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	2	S	Y
Argentina	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	NA	T	Y
Bahamas	N	N	Y	NA	Y	N	Y	Y	4	T	Y
Barbados	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	4	T	Y
Belice	N	N	Y	Y	Y	N	Y	Y	2	T	Y
Bolivia	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	1	O	Y
Brasil	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	2	T	Y
Canadá	Y	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	4	T	Y
Chile	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	2	S	Y
Colombia	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	1	S	Y
Costa Rica	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	S	Y
Cuba	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	T	Y
Dominica	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ecuador	N	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	NA	O	Y
El Salvador	Y	Y	N	N	Y	N	Y	Y	NA	T	Y
Estados Unidos de América	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	3	P	Y
Granada	N	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	3	T	Y
Guatemala	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	1	T	Y
Guyana	N	N	N	N	Y	N	Y	Y	NA	T	Y
Haití	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Honduras	N	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	NA	NA	Y
Jamaica	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	2	T	Y
México	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	1	T	Y
Nicaragua	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Panamá	Y	Y	Y	NA	Y	Y	Y	N	NA	T	Y
Paraguay	N	Y	N	N	Y	N	N	Y	1	O	Y
Perú	Y	Y	Y	N	N	Y	NA	Y	NA	T	Y
República Dominicana	Y	Y	Y	NA	Y	Y	Y	N	NA	O	Y
Saints Kitts y Nevis	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
San Vicente y las Granadinas	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	2	T	Y
Santa Lucía	N	N	N	Y	N	N	Y	Y	2	T	Y
Surinam	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	2	T	N
Trinidad y Tobago	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	NA	NA	T	Y
Uruguay	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	S	Y
Venezuela, República Bolivariana de	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	NA	T	Y

Servicios de atención primaria para el tratamiento de trastornos mentales graves	Servicios para formación en SM del personal de atención primaria	Total de camas psiquiátricas/10 000 habitantes <sup>3</sup>	Psiquiatras/100 000 habitantes <sup>4</sup>	Enfermeras psiquiátricas/100 000 habitantes <sup>5</sup>	Neurólogos/100 000 habitantes <sup>6</sup>	Neurocirujanos/100 000 habitantes <sup>7</sup>	Psicólogos del área de SM/100 000 habitantes <sup>8</sup>	Asistentes sociales del área de SM/100 000 habitantes <sup>9</sup>	Programas especiales de SM para niños	Programas especiales de SM para los ancianos	ONG en SM	Sistema de notificación en SM	Estudio epidemiológico o sistema de recogida de datos en SM
Y	N	4	2	2	1	1	2	NA	Y	N	Y	N	N
Y	N	3	4	NA	3	4	NA	3	Y	Y	Y	N	Y
Y	N	4	2	3	NA	NA	2	2	Y	Y	Y	Y	N
Y	N	4	4	4	NA	NA	1	2	Y	Y	Y	Y	Y
N	N	2	2	1	2	3	1	2	N	N	Y	N	N
Y	N	2	1	NA	2	3	2	NA	Y	Y	Y	N	N
N	N	2	2	NA	NA	NA	NA	NA	Y	Y	Y	Y	Y
Y	Y	4	4	3	NA	NA	3	NA	Y	Y	N	Y	Y
Y	N	2	2	1	2	2	2	2	Y	Y	Y	Y	Y
Y	Y	2	2	1	NA	NA	NA	NA	Y	Y	Y	Y	Y
N	Y	2	2	2	3	3	3	3	Y	Y	Y	Y	Y
Y	Y	3	3	2	NA	4	2	3	Y	Y	Y	Y	Y
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Y	Y	2	1	1	NA	NA	1	1	N	N	Y	Y	N
Y	N	1	1	1	NA	NA	3	NA	N	N	Y	Y	Y
N	N	3	4	2	3	4	3	3	Y	Y	Y	Y	Y
Y	N	4	1	2	NA	NA	1	2	Y	Y	N	Y	N
Y	Y	1	1	1	1	NA	1	1	Y	N	Y	N	Y
N	N	2	1	1	NA	NA	1	1	N	N	N	N	N
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
N	N	1	1	1	2	2	2	3	N	Y	Y	Y	Y
Y	Y	2	1	2	NA	NA	1	1	Y	N	Y	Y	Y
Y	Y	1	2	1	3	4	NA	1	Y	Y	Y	Y	Y
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Y	N	2	2	2	2	3	2	1	Y	Y	Y	N	Y
Y	N	1	2	NA	2	2	NA	NA	Y	Y	Y	Y	Y
N	Y	1	2	NA	NA	NA	NA	NA	Y	N	Y	N	N
Y	Y	1	2	1	2	2	3	NA	Y	Y	Y	Y	N
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Y	Y	4	1	3	NA	NA	2	2	N	Y	Y	Y	N
N	N	4	2	2	NA	NA	1	1	Y	Y	Y	N	N
N	N	3	2	3	NA	NA	1	1	N	N	Y	N	N
NA	Y	3	1	3	NA	2	1	2	N	Y	Y	Y	Y
Y	Y	3	4	1	NA	NA	3	4	Y	Y	Y	Y	Y
N	N	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Y	N	Y	Y	N

Y = sí	N = no	NA = información no disponible	SM = salud mental
<sup>1</sup> 1 = 0-1%	2 = 1,01-5%	3 = 5,01-10%	4 = >10%
<sup>2</sup> O = pago directo G = subvenciones externas	T = mediante impuestos	S = seguro social	P = seguro privado
<sup>3</sup> 1 = 0-1	2 = 1,01-5	3 = 5,01-10	4 = >10
<sup>4</sup> 1 = 0-1	2 = 1,01-5	3 = 5,01-10	4 = >10
<sup>5</sup> 1 = 0-1	2 = 1,01-10	3 = 10,01-50	4 = >50
<sup>6</sup> 1 = 0-0,1	2 = 0,11-1	3 = 1,01-5	4 = >5
<sup>7</sup> 1 = 0-0,1	2 = 0,11-0,5	3 = 0,51-1	4 = >1

Independientemente de que se pueden leer los datos en la Tabla de datos agregados, los presento concentrados para el caso de México. Algunos de estos rubros han sido analizados en páginas anteriores. Otros serán discutidos al final de la Tabla.

-Políticas de Salud Mental	Sí
-Programa Nacional de Salud mental	Sí
-Atención comunitaria en Salud Mental	No
-Legislación en materia de Salud Mental	Sí
-Prestaciones por discapacidad en Salud Mental	Sí
-Política farmacéutica/Lista de medicamentos esenciales	Sí
-Presupuesto asignado a la atención de Salud Mental como proporción del presupuesto total	0-1%
-Método principal de financiación de la atención en Salud Mental	Impuestos
-Salud Mental en Atención Primaria	Sí
-Servicios de Atención Primaria para tratamiento de trastornos mentales graves	Sí
-Servicios para formación en Salud Mental del personal de Atención Primaria	Sí
-Total de camas psiquiátricas/10 000 habitantes	0-1
-Psiquiatras/100 000 habitantes	1.01-5
-Enfermeras psiquiátricas/100 000 habitantes	0-1
-Neurólogos/100 000 habitantes	10.1-50
-Neurocirujanos/100 000 habitantes	> 1
-Psicólogos del área de Salud Mental/100 000 habitantes	NA
-Asistentes sociales del área de Salud Mental /100 000 habitantes	0-1
-Programas especiales de Salud Mental para niños	Sí
-Programas especiales de Salud Mental para ancianos	Sí
-ONG en Salud Mental	Sí
-Sistema de notificación en Salud Mental	Sí
-Estudio epidemiológico o sistema de recogida de datos en Salud Mental	Sí

La OMS considera prioritario que la atención a la salud mental se lleve a cabo en el nivel primario, en tanto la espera en este tipo de trastornos puede ser muy peligrosa y cuando el enfermo llega a la consulta ya su padecimiento rebasa con mucho las posibilidades de este nivel de atención. Según lo reportado por México al Proyecto Atlas de esta organización internacional de la salud en este país existe:

- Salud Mental en Atención Primaria
- Servicios de Atención Primaria para tratamiento de trastornos mentales severos graves
- Servicios para formación en Salud mental del personal de Atención Primaria

Sin embargo, si atendemos a la información accesible, nos encontramos en que solamente podemos conocer que hubo 851 050<sup>7</sup> consultas externas en el área de la salud mental, pero no es posible saber en qué nivel de atención se realizaron; ni si éstas consultas fueron para casos leves, moderados o severos. Lo mismo sucede con la siguiente tabla, en la que se reportan 291 912 *consultas por tipo* como actividad hospitalaria pero no se especifica el nivel de atención ni la causa de la consulta.

#### Consulta externa por programa, 2002

	Total	ET	ECD	GOE	EOE	CS	PF	SB	SM	PSI
Nacional	80700228	15993484	4805309	18758871	6156968	23114440	6059841	4629069	851050	131196

ET – Enfermedades Transmisibles

ECD – Enfermedades cónico degenerativas

GOE – General. Otras enfermedades

EOE – Especializada. Otras enfermedades

CS – Consulta a sanos

PF – Planificación familiar

SB – Salud bucal

SM – Salud Mental

PSI – Psicológica

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. Subsistema de Servicios.

#### Actividades realizadas en los hospitales, 2002

Entidad federativa	Consulta Externa			Consulta por tipo		
	Total	Primera vez	Subsecuente	Odontológica	Salud Mental	Especializada
Nacional	80 700 228	5 309 720	6 131 660	674 621	291 912	7 904 983

Fuente: Anuario Estadístico de la SSA, 2004

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México llevada a cabo en el año 2000 demuestra que a pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos sigue siendo deficiente, se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable.

<sup>7</sup> De un total de 80 700 228 consultas.

Por otra parte, la población no solicita la ayuda que está disponible. Junto con razones derivadas del miedo al estigma o del desconocimiento de los beneficios de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios.

“Mientras que la población tiene una definición basada en problemas (laborales, con los hijos o la pareja, enfermedades o muertes en la familia, económicos, etc.) que representan fuentes importantes de estrés, los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos; la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas por la población y la oferta de atención dificultan la entrada a tratamiento” (Medina-Mora y cols. 2003:12), por lo que se puede deducir que la formación para el personal de Atención Primaria en salud mental no responde a las necesidades de la demanda.

En cuanto a los Programas especiales para niños y ancianos, solamente se puede informar que existe un solo Hospital infantil en todo el país y ninguno especializado en geriatría. Solamente se reportan Servicios de Salud Mental en los hospitales pero sin especificar edad de los usuarios.

### Servicios de salud mental, 2002

Total							
Sesiones individuales						Entrevistas	Estudios Psicométricos
Total	Problema mental	Adictos a					
		Fármacos	Alcohol	Tabaco			
Nacional	442 722	408 724	18 697	6 750	8 551	308 506	65 210

Mujeres							
Sesiones individuales						Entrevistas	Estudios Psicométricos
Total	Problema mental	Adictos a					
		Fármacos	Alcohol	Tabaco			
Nacional	234 055	226 721	3 119	1 147	3 068	158 754	29 323

Hombres							
Sesiones individuales						Entrevistas	Estudios Psicométricos
Total	Problema mental	Adictos a					
		Fármacos	Alcohol	Tabaco			
Nacional	208 667	182 003	15 578	5 603	5 483	149 752	35 887

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. SISPA/Servicios.

## X. EL ESTADO

*Que la globalización del mercado mundial capitalista se vincula con el renacimiento de corrientes racistas, biologicistas, etnocentristas y chauvinistas, y los nacionalismos florecen con tanta mayor fuerza cuanto más débil y políticamente incapaz es el sistema estatal-nacional, sólo aparentemente constituye una paradoja.*

*Joachim Hirsch*

*Ansiedad de comprar y ser comprado, angustia de perder y ser desechado: ...la gente dura más, gana más y tiene más, pero se deprime más, enloquece más, se emborracha más, se droga más, se suicida más y mata más.*

*Eduardo Galeano*

Las *paradojas* se multiplican en la globalización, el *oximorón*, diría Jorge Luis Borges<sup>1</sup>: la globalización y su expresión ideológico-política conocida como neoliberalismo que prometía desaparecer las fronteras y las distancias, fragmenta y convierte al mundo en un archipiélago desordenado. La pretendida homogeneización ha creado la mayor heterogeneidad jamás conocida; el libre mercado pauperiza a cada vez mayor número de personas; la informática y la tecnología en lugar de producir nuevo conocimiento e incluir en él a muchos, expulsa a multitudes fuera de las instituciones de educación y ha reducido la información a un pensamiento único que pregona lo inevitable, “el fin de la historia, la omnipresencia y omnipotencia del dinero, el reemplazo de la política por la policía, el presente como único futuro posible, la racionalización de la desigualdad social, la justificación de la sobreexplotación de seres humanos y recursos naturales, el racismo, la intolerancia, la guerra” (Subcomandante Marcos); la “aldea global” mantiene a casi 500 millones de seres errando fuera de sus tierras sin encontrar su lugar en el mundo; la salud se ha convertido en un lujo para el que puede comprarla y en un paquete básico para el que no “debe” morir pero que no importa cómo viva.

La globalización se ha instalado en la conciencia de la vida cotidiana. En el mundo de las apariencias, la globalización representa cosas muy variadas: Internet, Coca-Cola, televisión vía satélite, IBM, libre comercio, correo electrónico, triunfo de la “democracia” sobre el “comunismo”, “tratado de libre comercio”, telenovelas de Hollywood, Microsoft, catástrofes climáticas, acaso también la ONU y las intervenciones militares “humanitarias” realizadas bajo su nombre... (y) se ha convertido en un fetiche. Es decir, la palabra se utiliza con frecuencia sin ser entendida en detalle, significando muchas veces lo opuesto, pero teniendo algo en común: describe algo así como un poder oculto que agita al mundo, que determina toda nuestra vida y que nos domina cada vez más (Hirsch, 1996:83-84).

...¿Quién puede cuestionar un presente pleno de libertades, donde cualquiera puede decidir qué compra, sean artículos de primera necesidad, ideologías, propuestas políticas y conductas para toda ocasión? ... El problema aquí no es por qué o cómo la globalización es irremediable, sino por qué o cómo todo el mundo, o casi, está de acuerdo en que es irremediable. (Subcomandante Marcos)

Este estar de acuerdo se apunala –entre otras cosas- en un vocabulario perverso que a fuerza de ser repetido con fines propagandísticos, tiene la propiedad -como dice Viviane Forrester (2000:10)- de persuadir sin la intervención del razonamiento. La palabra globalización, así, desprovista de adjetivos, *engloba* todos los aspectos de la vida, reduce a ese solo término toda la realidad actual, disfraza y esconde la hegemonía del sistema de la ideología que la sustenta, la

---

<sup>1</sup> “En la figura que se llama *oximorón*, se aplica a una palabra un epíteto que parece contradecirla; así los gnósticos hablaron de una luz oscura; los alquimistas, de un sol negro.” Jorge Luis Borges

neoliberal. Cualquier intento de desenmascaramiento es rápidamente desarticulado, desarmado, trivializado, digno de *ignorantes de mala fe que están empeñados en impedir el progreso*.

Las grandes agencias internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización para el Comercio y el Desarrollo Económico, la Organización Mundial de Comercio, dictan las reglas del juego: racionalización del gasto público, control irrestricto de la inflación, liberación del tráfico de mercancías, servicios, dinero y capitales; internacionalización de la producción y la posición cada vez más dominante de las empresas multinacionales. Hoy por hoy, puede decirse que por primera vez en la historia existe un mercado capitalista que abarca todo el mundo. El capitalismo es dominante y universal pero al mismo tiempo sufre una de las más agudas crisis de su historia. El modelo de desarrollo iniciado en el siglo XVIII ha dejado de rendir la ganancia necesaria y las promesas de igualdad, libertad y fraternidad han demostrado que fueron un engaño. Nunca habían habido tan pocos ricos tan ricos y tantos pobres tan pobres; nunca esos ricos habían sufrido tan fuertes dificultades para continuar su enriquecimiento y nunca los pobres habían visto más cerradas las puertas de la prosperidad y el bienestar. Sirvan estos datos para ilustrar lo anterior:

En el Tercer Mundo, 30% de los adultos son analfabetas.<sup>1</sup> 500 millones de hombres y mujeres disponen de menos de un dólar por día para subsistir. En el mundo con bajos ingresos, cerca de un tercio de la población sobrevive con menos de un dólar diario, 30% no tiene acceso al agua potable y 30% de los menores de 5 años tienen un peso inferior a la media normal. En los últimos 5 años, la población pobre se incrementó en 200 millones de personas en África subsahariana, en los países en transición de la Europa Oriental, en Asia central y el sureste asiático. Gran parte de la población de los países de bajos y medios ingresos carece de protección social, mientras el 75% de los 150 millones de desempleados del mundo tampoco tiene seguro de desempleo. Incluso las naciones ricas de Europa y América del Norte redujeron la protección social a los trabajadores. El crecimiento del empleo en la economía informal y la creación de plazas laborales sin acceso a prestaciones sociales ni salarios justos impide que 550 millones de trabajadores pobres de países que supuestamente desean acceder al desarrollo superen el umbral de la pobreza; de ellos 130 millones son jóvenes que tienen un ingreso diario inferior a un dólar. La OIT señala que 85% de las nuevas oportunidades de empleo en el mundo se crean en la economía informal, con un efecto negativo sobre las posibilidades de los jóvenes para alcanzar un empleo estable y bien remunerado (La Jornada, 3 de octubre de 2004, p. 21). Además, prácticamente sin ninguna protección para los trabajadores del sector informal. En esta cifra se cuenta una gran proporción de mujeres. Australia, Canadá, Irlanda, Japón, Nueva Zelanda, Gran Bretaña y Estados Unidos disponen de sistemas de protección denominados "dos intermediarios". En ellos, la proporción de desocupados que percibe subsidio de desempleo es menor y el nivel de prestación es cada vez menor (OIT, 2000).

"El FMI aseguró en un informe que mil millones de personas, que equivalen a una sexta parte de la población del planeta y viven principalmente en Estados

Unidos, Canadá, Europa y Japón, perciben cerca del 80 por ciento del ingreso mundial, lo que implica un promedio de 70 dólares por día". (La Jornada, 17 de junio, 2004). La UNICEF, por su parte, ilustra la desigualdad aportando los siguientes datos: el 40% de la población del mundo más pobre percibe el 10% del ingreso; el 20% de la población más rica, percibe el 56% del ingreso.

Mientras, el capital se lanza a la globalización como estrategia para buscar una solución a esta profunda crisis económica mundial y ante la evidencia de que el Estado fordista<sup>2</sup> liberal ha tocado fondo y el proceso de acumulación y crecimiento está estancado, si no extinto.

...parecía como si la base económica del capitalismo del Estado de bienestar empezara a tambalearse. La compatibilidad de la ganancia del capital y el bienestar colectivo llegó a su fin. Y con esto se desvanecieron también las bases para los compromisos entre las clases sociales, que era una de las características del fordismo (Hirsch, 1996:88).

Ante esta estrategia habría que mencionar las *paradojas*, que en realidad son contradicciones inherentes y objetivas en la relación entre capitalismo, Estado nacional y democracia, que apuntan hacia una posible "salida" a este lugar sin límites, a esta aparente condición de no retorno. El rompecabezas que ha gestado la globalización, la posibilidad que da la tecnología y la informática de conocer los hechos mundiales casi en el momento en que éstos se generan y por lo tanto estar en contacto directo con todos los diferentes, con los que no se parecen a lo homogéneo, con los que no aceptan las reglas del juego o por lo menos se resisten a aceptarlas, ha hecho factible participar, también por primera vez en la historia, en una lucha mundial y colectiva por la reivindicación de los derechos y los deberes de los millones que no estamos en la hegemonía, en los centros de decisión, los que no aceptamos el fin de nuestra historia, los que todavía queremos participar en su construcción. Como dijo José Saramago en Estocolmo al recibir el Premio Nobel: "Tomemos entonces, nosotros, ciudadanos comunes, la palabra y la iniciativa. Con la misma vehemencia y la misma fuerza con que reivindicamos nuestros derechos, reivindicuemos también el deber de nuestros deberes". Los diferentes, los heterogéneos, los habitantes del archipiélago mundial son los que protestan en Seattle y en Davos, son los que apoyan a los zapatistas en Chiapas desde las plazas de Barcelona y Berlín, son los que exigen a sus gobiernos medidas para frenar el empobrecimiento generalizado, son los que han logrado que las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, se pronuncie a favor de los millones de desplazados por guerras fratricidas, por los derechos de los niños y las niñas, los de las mujeres, los de los ancianos, los de los que padecen la locura. En el mundo entero los gobiernos están teniendo que actuar en este sentido, tanto porque los resultados de la globalización han aparecido inadmisibles, incluso para la vida del capitalismo, (hasta el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) busca corregirlos y rescatar el sentido social,

---

<sup>2</sup> "Estado fordista"... es una expresión que no alude sólo al tipo de aparato estatal que se constituye en un época determinada, sino a una articulación compleja de diversos elementos y que desemboca en una cierta manera institucional, política, pero también productiva y económica, de desarrollo del capitalismo mundial. (Hirsch, 1996:15)

democrático y ético que postulara la social democracia de antes) como también por la presión de las luchas llevadas a cabo por una ciudadanía crítica, independiente y libre. La gran *paradoja* de la globalización es que a la vez ha gestado a quien -esperamos muchos- acabe por destruirlo: el ciudadano del Estado nacional. Este modelo estatal, por ahora, y como unidad política limitada pero con una cierta estabilidad económica y cultural, es el que todavía ofrece alguna posibilidad del desarrollo de acciones ciudadanas parcialmente autodeterminadas y democráticas que resistan el embate globalizador dominante. La marginación, la discriminación y la violencia que se asocian *paradójicamente* a la globalización son las que, en última instancia, desatan la acción antiglobalizadora ciudadana.

Sin duda que el "nuevo orden mundial" en su conjunto se parece más bien a un caos global. Al mismo tiempo la globalización une realmente cada vez más a los seres humanos y esto no solamente es así porque casi todos quedan afectados por los desastres ecológicos globales que ya se están manifestando, está presionando a los diferentes sistemas capitalistas para que encuentren vías de legitimación. Como resultado y contradicción, con las transformaciones de los últimos años se han fortalecido los impulsos hacia la democracia, el bienestar social y los derechos humanos. La globalización del capitalismo de ninguna manera ha enmudecido a los movimientos democráticos y sociales (que se han aprovechado de la revolución tecnológica globalizada), como lo demuestra el surgimiento del EZLN. El desarrollo hacia nuevas formas de cooperación internacional, independientes de los aparatos estatales de dominación, abre nuevas e insólitas oportunidades. "Sin esa atención y solidaridad internacional, esa rebelión en Chiapas hubiera sido aplastada militarmente con mayor solidaridad. Esto quiere decir que la globalización capitalista de ninguna manera es un proyecto exitoso y completo, sino un desarrollo disputado y conflictivo cuya salida no está asegurada (Hirsch, 1996:92-93).

¿Qué sucede en México ante este movimiento internacional, el encabezado por el capital y el que se genera desde los ciudadanos? ¿Cómo se expresan las *paradojas* de la globalización en un país que ha seguido obedientemente y hasta sus últimas consecuencias los lineamientos neoliberales dictados desde el capital mundial y que a la vez ve cómo se elevan los índices de pobreza, cómo reaparecen enfermedades erradicadas, que sufre de niveles de violencia y deterioro del tejido social nunca antes registrados? El gobierno mexicano sigue a pie juntillas los dictados del capital pero tiene una sordera absoluta ante los reclamos ciudadanos. Las consecuencias son enormes y los caminos se estrechan; las acciones son escasas y las reacciones empiezan a no ser las deseadas: la violencia pierde los pocos límites que tenía, los suicidios aumentan, el maltrato a las mujeres y los niños es ya intolerable, los jóvenes se drogan o emigran, los ancianos mueren de abandono y la locura ensancha sus tentáculos sin aparente freno.

¿Cómo se generó tanto desastre? En México es 1982<sup>3</sup> el año en que la crisis mundial hace su aparición evidente.

---

<sup>3</sup> En el mundo se ubica el inicio de la crisis mundial del Estado fordista hacia la mitad de los años setenta.

Bastan los siguientes indicadores para conocer la magnitud de la crisis en aquel momento: la inflación llegaba al 100%; la cantidad de moneda y billetes circulando aumentó en la misma cifra que lo había hecho en forma acumulada desde el establecimiento del Banco de México en 1925 hasta 1981; de cada peso se destinaban 32 centavos al pago de la deuda; en tres meses la banca había perdido un monto superior al valor de sus activos acumulados durante 50 años. El país presentaba el mayor déficit presupuestal de toda su historia; la mayoría de las empresas públicas se encontraban en virtual quiebra y el déficit superaba el 15% del PIB.

Es en ese sexenio, presidido por Miguel De la Madrid, cuando se llevan a cabo una serie de cambios dramáticos que pueden considerarse como el inicio de las políticas neoliberales en este país.

Los efectos de la coyuntura internacional (caída de los precios internacionales del petróleo y el aumento de las tasas de interés) requerían que el Estado mexicano tomara medidas urgentes para enfrentar la crisis: cambios en el ámbito legislativo que permitieran la inserción a una economía de mercado normada por las fluctuaciones internacionales, la privatización de empresas estatales, el desmantelamiento de sindicatos, la devaluación del peso, la fijación de tipos de cambio diferenciales y la adopción de un programa de ajuste cuyo rasgo central era (y sigue siendo) el recorte al gasto público.

Ante un panorama general de una total crisis fiscal, una inflación desbordada y una economía atada al pago de la deuda, el Estado, en un activo proceso de "modernización", se propone disminuir el crecimiento del gasto público, proteger el empleo, continuar las obras en proceso, reforzar las normas que aseguraran disciplina en la ejecución del gasto público, proteger y estimular el abasto de alimentos básicos, aumentar los ingresos públicos.

Para que ello sea posible, se pretende que el aparato burocrático "actúe con eficiencia y agilidad, busque evitar el crecimiento innecesario del aparato administrativo y logre una política de restricción del gasto público". Este punto es fundamental para entender la nueva política económica que se empieza a perfilar con De la Madrid y que irá tomando cuerpo durante los próximos sexenios. Con el fin de dar legitimidad a los cambios, se llevan a cabo las reformas necesarias que dotarán al Estado de las bases constitucionales para la modernización de todos los aspectos de la actividad económica estableciendo la concurrencia de los sectores público, social y privado. La concurrencia de los sectores es importante para comprender este proyecto en tanto la relación de las partes cambiaría radicalmente: de una relación en la que el Estado era el más fuerte y otorgaba la mayoría de las prestaciones, los sectores sociales tenían una presencia más o menos contundente y la iniciativa privada estaba protegida pero al fin y al cabo atada al gobierno; ahora se empiezan a dar los pasos hacia un Estado de corte más liberal, restringido a la salvaguarda del capital, un sector popular o social debilitado y un sector privado fuerte, aliado al capital transnacional y comprometido con la globalización.

Las características económicas de este nuevo modelo son: integración cada vez más orgánica a la economía norteamericana, sujeción a los organismos internacionales de apertura al expansionismo de los Estados Unidos (GATT,

FMI, BM, BID, etcétera), privatización y modernización selectiva de la planta industrial, desarrollo de empresas “punta” (por ejemplo, telecomunicaciones, petroquímica y siderúrgica) altamente tecnificadas y ligadas al capital extranjero y reforzamiento de la actividad maquiladora.

Paralelamente a la transición económica se redefinen los espacios políticos. La transición política puede caracterizarse por: a) la creciente hegemonía de la fracción financiera de la burguesía y el desplazamiento de las otras fracciones que integran el bloque dominante; b) el debilitamiento del sistema de dominación corporativa, con la consecuente marginación de las cúpulas obreras... en la orientación de la política económica y social; c) la conformación de un nuevo sector de la “clase política”: la tecnoburocracia, que se impone al conjunto de la sociedad, por cinco vías principales: a) el reforzamiento del poder ejecutivo; b) la institucionalización de la crisis; c) la despolitización de las demandas sociales y políticas convirtiéndolas en actos administrativos; d) la subordinación de las acciones de gobierno a una modernización que abarca a las instituciones y al conjunto de la sociedad (empresas, sindicatos, universidades, etcétera); y e) un particular manejo del lenguaje y la comunicación. (López Arellano y Blanco, 1993:30-31)

A más de 25 años del “inicio” de la crisis las condiciones del país no son diferentes: la crisis se ha profundizado, la pobreza continúa avanzando, los índices de calidad de vida son peores, a pesar de que las cifras macroeconómicas pregonan un optimismo desmedido. ¿Dónde está el producto de las ventas de petróleo? Si el PIB ha crecido tanto ¿en qué se ha invertido? ¿Quién disfruta de los beneficios de las exportaciones? ¿Cuál es la lógica de este sistema?

El mexicano de la calle, el ciudadano común y corriente, el trabajador, no tiene esta percepción del país. Él no vive esta bonanza, su bolsillo no ha recibido este incremento del PIB, aunque ha sido él quien lo ha generado, tampoco ve el reflejo de la disminución de la inflación cuando va al mercado o tiene que pagar los servicios, el médico o la escuela de sus hijos. Él solamente vive la escasez, la violencia, la corrupción y la impunidad, la priorización siempre pronta para dar ventajas al capital por encima del cuidado de los más vulnerables, el “saneamiento” de las instituciones bancarias a costa de veinte años de pago de una deuda que no contrajo ni comprende, entre otras muchas condiciones desfavorables para el desarrollo del país. Definitivamente el panorama no es muy alentador.

#### Deuda externa bruta. México, 2002<sup>4</sup>.

Concepto	Total
Sector público	78.8
Gobierno federal	43.6
Empresas públicas	11.6
Banca de desarrollo	23.6

<sup>4</sup> Deuda Interna del Gobierno Federal: 1 billón 57 mil 682 millones de pesos. Deuda externa: 911 mil 520 millones de pesos. Rescate bancario: 1 billón 100 mil millones de pesos. (La Jornada, 14 de octubre de 2004. p. 28)

Banca comercial	6.4
Banco de México	0.0
Sector privado no bancario	69.8
Total	155.0

a. Miles de millones de dólares.

Fuente: BANXICO, 2003. Aguayo, 2004:137.

## Principales indicadores macroeconómicos. México, 2002

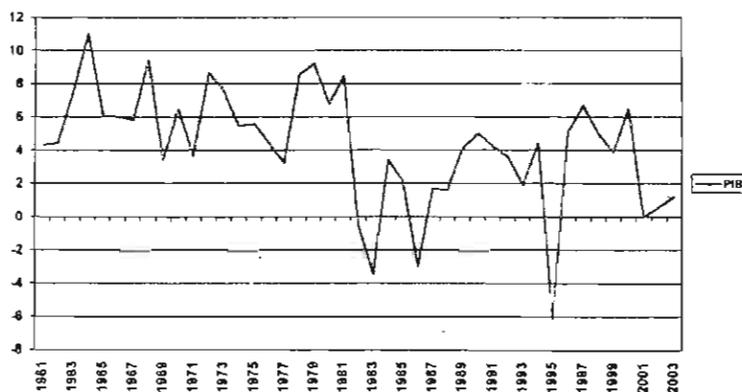
Concepto	Total
PIB a precios de mercado (miles de millones de pesos corrientes)	6 152.8
PIB (miles de millones de dólares)	637.3
PIB per cápita (dólares)	6 150
Variación anual del PIB (enero a diciembre 2003, %)	1.9
Estructura del PIB	
Agricultura	5.1
Industria	25.3
Manufacturas	18.8
Construcción	3.8
Servicios	64.4
Variación del PIB por actividad económica (2003, %)	
Agropecuario	3.8
Minería	3.7
Manufacturas	-1.9
Construcción	3.4
Electricidad, gas y agua	1.2
Comercio	1.4
Transporte y comunicaciones	3.3
Servicios sociales y comunitarios	0.5
Servicios financieros	4.3

Fuente: BANXICO, 2003. Aguayo, 2004:129

## Evolución del Producto Interno Bruto

Tasa de crecimiento anual. 1961-2003

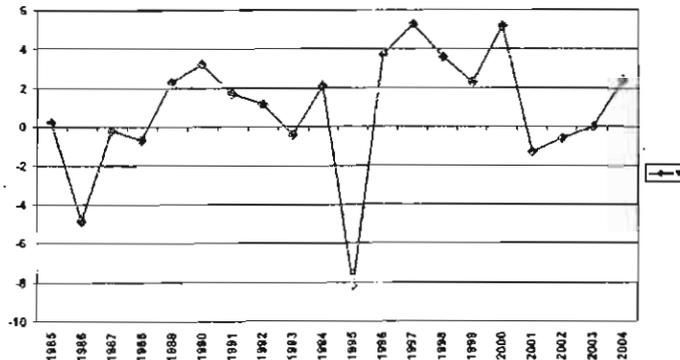
Fuente: INEGI



## México: producto interno bruto por habitante.

Variación porcentual anual. 1985-2004

Fuente: INEGI, CONAPO



Si se comparan estos datos con aquellos de la microeconomía, salta a la vista que la realidad es harto diferente.

Según los datos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en 1997, el Índice de Desarrollo Humano (HDI en inglés) para México fue de 0.853<sup>5</sup>, lo que colocaba al país en 50° lugar mundial; para el 2000 lo ubica en el 55°. Un informe del Banco Mundial<sup>6</sup> indica que el número de pobres como porcentaje de la población total del país registra ahora un nivel similar al de los primeros años de la década de los 80, cuando los gobiernos mexicanos comenzaron a establecer reformas de apertura económica, financiera, liberación comercial y privatizaciones. Además señala que el 17.9% de la población total del país (104 213 503<sup>7</sup>) sobrevive con menos de un dólar por día y 42.5 de cada 100 mexicanos sobreviven con menos de dos dólares al día.

Los ingresos anuales de los trabajadores cayeron durante 1999 a casi la mitad del nivel alcanzado en la primera mitad de los años ochenta; esto es, entre 1995 y 1999 el ingreso mínimo obtenido por un trabajador mexicano fue de 768 dólares al año, una cantidad inferior en 42% a los mil 343 dólares registrados entre 1980 y 1984. Mientras el ingreso se desplomó, el valor agregado que generó con su trabajo cada empleado del sector manufacturero aumentó de 17 mil 448 dólares entre 1980 y 1984 a una cifra de 25 mil 931 dólares por año para el periodo 1995-1999, un incremento de 48.6%. El 66.5 % de la población nacional "requiere atención urgente" para resolver las graves carencias sociales que enfrenta.

Durante la gestión de Vicente Fox la tasa oficial de desempleo abierto se ha incrementado en 2.3 puntos, al pasar de 1.9% de la población económicamente activa el 1° de diciembre de 2000, a 4.35% al cierre de agosto pasado. En

<sup>5</sup> Este Índice permite observar el nivel de contraste y desigualdad que existen en México: el Distrito Federal, en el año 2000, tenía una clasificación de Alto Desarrollo Humano y si fuera un país independiente ocuparía el 25° lugar mundial; en el mismo año, Chiapas estaría en el 108° lugar mundial. (Aguayo, 2004:158)

<sup>6</sup> Indicadores sobre el desarrollo mundial 2000. Banco Mundial. (La Jornada, abril 15, 2000.)

<sup>7</sup> CONAPO, 2004

números fríos, la primera proporción se tradujo en poco más de 760 mil mexicanos en desocupación plena; la segunda en casi un millón 900 mil, sin considerar la creciente expulsión de mano de obra a Estados Unidos. En diciembre de 2000 la tasa de desempleo de las mujeres era de 2%; casi cuatro años después, en agosto de 2004, se acercó al 6.3%. (Fernández-Vega, 2004).

#### Desempleo en México, 2000-2004

CIUDAD	2000 1° diciembre	2004 31 de agosto
Tijuana	1.8	0.92
Campeche	1.8	1.68
Tampico	1.7	1.54
Distrito Federal	2.3	5.78
Pachuca	2.6	4.23
Chihuahua	2.1	4.4
Monterrey	2.1	4.5
Querétaro	1.9	4.59
Irapuato	1.8	4.91
Aguascalientes	2.1	4.94
Toluca	2.1	5.48
Saltillo	2.1	5.56
Celaya	1.0	4.16
León	0.9	1.88
Guadalajara	1.0	3.33
La Paz	1.8	3.43
Mérida	0.4	1.94
Puebla	1.2	3.78
Tlaxcala	1.6	3.61
Tuxtla Gutiérrez	1.7	3.65
Villahermosa	1.3	3.15

Fuente: INEGI

Por otra parte, los niveles de marginación social en las regiones indígenas son de los más altos del país. El 96.3% de esas comunidades se encuentran en esta situación y 82.1% de los miembros de esos grupos humanos sufren esa condición. La exclusión social de los indígenas se refleja, entre otros indicadores, en la dificultad de acceder a los servicios básicos de vivienda, pues 81.97% de las casas-habitación no dispone de drenaje, 69.83% tiene piso de tierra, 28.64% no cuenta con energía eléctrica y 49.60% no goza de agua entubada. Las fuentes de agua más cercanas a estas poblaciones son ríos, pozos y lagunas que, en ocasiones, están contaminados. Asimismo, en estas comunidades, 37.57% de las personas de 15 años y más, es analfabeta, y 70.12% de su población activa se ocupa en el sector primario, generalmente como campesinos o jornaleros agrícolas mal pagados.

Norman Belino, representante en México de la FAO, declaró el 16 de octubre del 2004 (La Jornada:39) que en México son graves los índices de desnutrición. Será difícil cumplir la meta para el 2015 de bajar 50% el número de personas en pobreza alimentaria. El sureste del país sigue siendo la zona con mayor rezago. Además reconoció que las evaluaciones que la FAO ha realizado sobre la meta fijada para 2015 señalan que los gobiernos no tienen voluntad

política para cumplir el objetivo, lo cual se refleja en que hay falta de inversión en el rubro. Antonio Sánchez Díaz de Rivera, subsecretario de la SEDESOL, confirmó lo anterior al asegurar que en el país hay 300 mil familias en situación de hambre y en pobreza alimentaria alrededor de 20 millones de personas.

### Proporción de pobres en México, 2002

Concepto	Urbano	Rural	Nacional
Pobreza alimentaria <sup>a</sup> (%)			
Hogares	8.5	28.5	15.8
Personas	11.4	34.8	20.3
Pobreza de capacidades <sup>b</sup> (%)			
Hogares	12.2	36.5	21.1
Personas	16.0	43.8	26.5
Pobreza de patrimonio (%)			
Hogares	35.4	59.4	44.1
Personas	42.0	67.5	51.7

a. Aquellos cuyo ingreso es menor al necesario para cubrir las necesidades primarias de alimentación.

b. Aquellos que no pueden cubrir sus necesidades de alimentación y aquellos que aunque tienen suficiente para alimentarse, no les alcanza para cubrir las necesidades de educación y salud.

c. Aquellos que no cuentan con recursos para satisfacer todas las siguientes necesidades: alimentación, salud, educación, vestido, calzado, vivienda y transporte público.

Fuente: SEDESOL, 2003. Aguayo, 2004:157.

A reserva de revisar más adelante el gasto social en salud del gobierno mexicano, los datos hasta ahora presentados son más que esclarecedores de la situación en la que se encuentra México. Los discursos oficiales pregonan estabilidad y crecimiento pero la realidad es apabullante. Ahora bien, lo interesante y *paradójico* es que aunque el Estado mexicano "quisiera" no podría resolver esta situación estando como está comprometido en la lógica de la globalización.

El modelo de acumulación fordista en México implicó el establecimiento de una forma de regulación política y social que conllevaba una dirección económica capaz de generar ingreso y ocupación así como el reconocimiento de los sindicatos y la institucionalización política de un pacto social emanado de la Revolución mexicana con el sustento de estructuras corporativas obreras y campesinas. En este marco, aunque de manera un tanto cuanto limitada, aparece el Estado de bienestar, como un mecanismo de integración política de los asalariados que los convierte en la base social que legitima la actividad del Estado; como la capacidad de jugar la función de "síntesis de la conflictividad social" (Canto 1994:122). Este modelo descansa sobre una trilogía de funciones reconocidas: regulación económica, procuración del bienestar social y negociación política corporativa.

El fordismo puede considerarse en conjunto como un sistema global. Al fordismo de las metrópolis le correspondió, en cierta manera, uno "periférico". La estrategia de sustitución de importaciones, que predominaba durante este tiempo en la periferia capitalista, se puede valorar como ensayo, también aquí, para crear gradualmente estructuras económicas y sociales fordistas, semejantes a aquellas de las metrópolis capitalistas desarrolladas. (Hirsch, 1996:58)

El fordismo fue la base de la forma del Estado nación y de la expansión de los mercados internos sobre la base de una amplia intervención estatal y de compromisos de clase institucionalizados (un ejemplo claro es el Instituto Mexicano del Seguro Social). Esto representó una autonomía relativa del Estado mexicano y una posibilidad de controlar las variantes político-económicas del país y de la sociedad.

Hasta entonces la lógica que había prevalecido era aquella de las tecnologías tayloristas y los procesos de trabajo existentes. Pero al no poderse incrementar las ganancias del capital, el proceso de acumulación y crecimiento entró en profunda crisis. "Las reservas de productividad que se encontraban en el proceso de producción taylorista y fordista demostraron ser completamente limitadas. La forma de regulación del Estado de bienestar se orientaba cada vez más hacia un conflicto de intereses por las ganancias del capital. Así aparecía la crisis del fordismo como si fuera una crisis del Estado de bienestar" (Hirsch 1996:88). El capitalismo del Estado de bienestar perdía su sustento: la ganancia del capital y el bienestar colectivo tocó fondo, no era rentable, las bases del compromiso entre las clases sociales, que eran una característica del Estado fordista se desvanecieron, se rompió el pacto social generado por el liberalismo democrático. Por ello, la base de las formas de acumulación y regulación con apoyo del Estado nacional con orientación hacia el fortalecimiento del mercado interno, resultaron totalmente obsoletas e ineficaces para el crecimiento del capital.

En este contexto, la globalización toma una razón histórica importante en tanto se convierte en la estrategia del capital como solución a la crisis del fordismo; es decir, que la liberalización radical del tránsito de mercancías, servicios, dinero y capital debe ser la condición previa de la renovada racionalización sistemática del proceso de trabajo en la producción capitalista, y ello, a la vez, está vinculado con la destrucción del compromiso fordista de clases y de sus bases institucionales. En forma esquemática todo esto significa: la implantación de tecnologías y procesos de trabajo que implican una renovación tecnológica para la apertura de nuevos mercados y fuentes de ganancias. De allí que la revolución tecnológica es, a final de la finalidad de la globalización; la desintegración del Estado social y la destrucción de los compromisos sociales que se basan en él y que constituyeron la punta de lanza del estado surgido de la Revolución francesa y la legitimación del Estado-nación desde el siglo XVIII; que el capital internacional se traslade de un lugar a otro sin considerar las fronteras nacionales para aprovechar las mejores ubicaciones de producción a costos favorables y, en el marco de una combinación de las redes de empresas de amplia cobertura mundial. "Todas estas transformaciones en el modo capitalista de regulación y acumulación presuponen una reforma radical de estructuras sociales y políticas. La primera meta de la globalización fue destruir los intereses sociales institucionalizados y la estructura de compromisos implicados en la forma de regulación fondista" (Hirsch, 1996:45).

El gobierno mexicano, al ingresar en la lógica de la globalización, inició el tránsito por un proceso económico que no fue sencillo de abordar que implicó una profunda e importante estrategia política. La reorganización de la producción

capitalista necesitaba de una política económica de liberalización y desregulación para cambiar las condiciones políticas institucionales que implicaran una transformación de la correlación de fuerzas de las clases, tanto en el ámbito nacional como internacional. El Estado mexicano, como todos los Estados que "tuvieron" que ingresar en la lógica globalizadora, se encontraron con la incapacidad total para llevar adelante una regulación social y una política de bienestar en la forma tradicional.

Capitalismo al fin, explotación del trabajo, ganancia del capital, lucha de clases bajo otras condiciones, es -sin embargo- un capitalismo con una nueva faz: las relaciones de clase han sido alteradas, la política tiene un nuevo lugar en lo social y el Estado debe ser contemplado desde otro observatorio, el de la sociedad civil, el del aparato decadente que aún —quizás- depara alguna esperanza de cambio si se le presiona por los resquicios que le restan por su ya caduca capacidad de crear un conglomerado social con alguna consistencia política y cultural. Por todo lo anterior, podemos concluir que el capitalismo globalizado no tiene la posibilidad de ofrecer el bienestar social, la paz y la democracia. Por esto decimos que el Estado mexicano no puede (aunque "quisiera") resolver los antagonismos y contradicciones inherentes al capitalismo globalizado.

Los estados pueden hacer las cosas un poco mejores (o un poco peores) para todos. Pueden escoger entre ayudar a la gente común a vivir mejor y ayudar a los estratos superiores a prosperar aún más. Pero eso es *todo* lo que los estados pueden hacer. Sin duda esas cosas tienen mucha importancia a corto plazo, pero a largo plazo no importan en absoluto. Si queremos afectar en forma significativa la enorme transición del sistema mundial que estamos viviendo, para que vaya en una dirección y no en otra, el estado *no* es un vehículo principal de acción. En realidad, más bien es uno de los principales obstáculos. (Wallerstein, 1996:7)

Este panorama globalizado o globalizante, con sus indicadores macro y microeconómicos, con sus *paradojas* y contradicciones tiene una expresión importante en lo a que las políticas sociales y de salud se refiere. Aquí la nueva faz del capitalismo muestra uno de sus ángulos más desfigurados; ni el maquillaje del optimismo neoliberal logra esconder la terrible realidad que ha implicado restringir el gasto público en el campo del desarrollo social, en el de la salud pública. Es en este ámbito, quizás, donde se hace más evidente lo injusto, inequitativo del sistema.

Lo que pudiera haberse caracterizado como un "Estado Benefactor o de bienestar" en América Latina ahora resulta contrapuesto y se considera que la solución a la crisis está en la reconstrucción del mercado, la competencia y el individualismo, la eliminación del Estado del campo de lo económico, privatizando y desregulando su injerencia en las actividades económicas dada la dependencia cada día mayor de los gobiernos en cuanto a transacciones internacionales de capital lo que conlleva a la "...desconexión de las decisiones políticas a nivel gobierno respecto de los procesos institucionalizados en el sistema liberal democrático" (Hirsch, 1996:119) y reduciendo las tareas relacionadas con el bienestar social.

En la lógica liberal democrática los diversos sujetos colectivos que componen una sociedad, tienen un acceso desigual al conjunto de bienes sociales necesarios para que exista un bienestar social general. Este acceso desigual había conformando las diversas demandas sociales cuyo reclamo de satisfacción por parte de esos sujetos colectivos, conducía a una serie de planteamientos y aún de movimientos políticos para tratar de buscar su satisfacción. Ante esta situación, el Estado debía tomar posición y “decidir” diversos tipos de medidas para tratar de satisfacer estas demandas de bienestar social, para lo cual formulaba las políticas sociales, que se concretizaban en acciones a través de las instituciones y, a la vez, que resolvían problemas e impactaban a la opinión pública.

Es conveniente precisar cómo se comprende el concepto de política social. “Por política social se entiende el conjunto de formas que el Estado emplea para encarar o asumir posiciones frente a las diversas problemáticas sociales, en función del juego de intereses en pugna...” (Tetelboin, 1996:20) que los distintos sectores sociales manifiestan en relación con las necesidades de bienestar social. Dicho en otros términos, “...la política social se entiende como la toma de posición que hace el Estado frente a cuestiones socialmente problematizadas” (Oszlak, 1982:5). Por su parte Canto (1994:121) describe tres niveles de las políticas sociales

...con implicaciones distintas: uno de ellos tiene que ver con la idea de asistencia, a través de él se haría referencia a la acción de proporcionar los mínimos de subsistencia a un conjunto de individuos carentes de él; el otro tiene que ver con la noción de bienestar y apela a una relación más comprensiva del conjunto de la sociedad, no se trata ya tanto de la ayuda a cierto sector de miembros de la sociedad, sino al mejoramiento de las condiciones de vida del conjunto de la sociedad; finalmente el tercer referente es la noción de equidad, a través de la cual se haría relación a una pretensión de que entre los sectores o estratos de la sociedad las diferencias no rebasaran los límites considerados como racionales

La formulación de las políticas sociales y su respectiva implementación se convierten –entonces- en elementos que conllevan una clara intencionalidad política y que producen la legitimación del Estado ante los reclamos de bienestar social, para poder así llevar a cabo la realización de sus intereses de dominación. Era éste un modelo esencial para la reproducción social y que se encontraba inserto en la entraña de la sociedad; era el medio constitutivo de las bases de la vida social misma.

Wallerstein (1998:21-23) considera que fueron las concesiones necesarias que hubo de hacer el liberalismo para contender con “...las pasiones populares desatadas y en particular la legitimación de los objetivos populares...y que la exclusión dejara de ser una barrera de clases franca para convertirse en una barrera nacional o de clase oculta”.

Esta visión del papel del Estado ante las demandas de los sujetos sociales y su capacidad de responder a ellas ha cambiado radicalmente en la nueva lógica globalizadora y neoliberal. “En efecto, parecía como si la base económica del

capitalismo del Estado de bienestar empezara a tambalearse. La compatibilidad de la ganancia del capital y el bienestar colectivo llegó a su fin". (Hirsch, 1996:88)

En México, aún ahora, encontramos que la política social se desarrolla *paradójicamente* bajo dos formas de Estado: una es la forma del Estado de bienestar que sobrevive más por una necesidad de legitimación política que como respuesta a las demandas sociales y la transición aparentemente<sup>8</sup> incompleta e inacabada del Estado neoliberal.

Las características que ha tenido la aplicación de la política social permiten encontrar una serie de diferencias en ambas formas de Estado. Así por ejemplo, en el Estado de bienestar la política social se aplicaba a través de una fuerte centralización en la orientación y ejecución de la misma; en contraposición, en el Estado neoliberal se plantea la descentralización en la aplicación de los recursos y en las formas organizativas de la política social. Otro de los rasgos de diferenciación es que el proyecto benefactor establecía el manejo de las políticas sociales como bienes públicos que debían ser operados desde instancias centrales de carácter gubernamental; en la forma neoliberal del Estado la aplicación de esta política busca expresarse a través del proceso de privatización considerando las necesidades sociales como si se tratara de bienes particulares a pesar de que "Un bien o servicio sea consumido por los individuos privadamente no impide, en absoluto, que sea considerado de interés público y garantizado por la sociedad a través del Estado" (Huertas, 1998:37). Por otra parte, el Estado de bienestar instrumentaba la política social a través de programas que pretendían abarcar el conjunto de las necesidades; en cambio, en el Estado neoliberal se crea una visión focalizada que se manifiesta a través de programas selectivos (Solidaridad, Oportunidades, etcétera). Otro elemento de contraste que conviene señalar es el que se refiere al gasto social aplicable a la política social. En el Estado de bienestar la tendencia era a satisfacer y aún a incrementar el gasto destinado a la política social; lo cual contrasta con la tendencia del Estado *neoliberal* a recortar crecientemente el gasto social y a financiar la política social a través del gasto de los particulares.

Uno de los principales campos de la política social es el que se refiere a la salud. Las políticas de salud se traducen en la formulación e implementación de un conjunto de criterios y de prácticas, de servicios y de acciones. Así, por lo tanto:

Las políticas sanitarias son sucesivas tomas de posición, que cargadas de determinados correlatos valóricos en función de la orientación política general, asume características que determinan un "cierto modo de hacer salud" que puede variar coyunturalmente de acuerdo a las condiciones sociopolíticas concretas (Tetelboin, 1996:20).

Por lo que se refiere a las tomas de posición que se han dado en los últimos años, se encuentran dos momentos sucesivos: inicialmente uno marcado por el

---

<sup>8</sup> Aparente en el sentido de que en el discurso manifiesto del Estado aún prevalecen los elementos benefactores que a final de cuentas enmascaran el decidido proyecto globalizador neoliberal que se instrumenta en México desde 1982.

énfasis en la modernización de los sistemas de salud, lo cual implica la colaboración de empresas y organismos de empleadores para compartir con el gobierno las responsabilidades y el interés en la protección de la salud (Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994). Para llevar a cabo esta modernización un elemento clave fue el impulso de una alta eficiencia en la prestación de los servicios. Igualmente se insistía en este periodo en la descentralización y mejor coordinación de los servicios de salud.

En un segundo momento, en los años más recientes, se avanza en la conceptualización de las políticas de salud dentro de un marco claramente ubicado en la forma neoliberal del Estado, que se caracteriza por el tránsito abierto a la privatización de los organismos de atención social a la salud; la reorganización del gasto en salud coherente con la capacidad de selección de los usuarios y con la responsabilidad reguladora del gobierno; la descentralización de los servicios de atención a la población no asegurada y la adición de acciones específicas según las necesidades sanitarias regionales y locales (Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000).

Esta transformación de las políticas de salud requirió de un minucioso trabajo político que permitiera desmontar lo construido por el Estado de bienestar a partir de las luchas populares. Cristina Laurell considera que el Estado mexicano realizó una operación de *ablandamiento* de la opinión pública para que se constituyera la *nueva política social*. No era difícil lograr que la sociedad aprobara y aplaudiera cualquier acción que tendiera a la calidad de los servicios de salud; lo que esta sociedad no conoció nunca fue que la pérdida de calidad fue orquestada por un Estado en vías de transición y en total crisis que ya no “podía” contender con unas políticas sociales frente al nuevo proyecto globalizador internacional.

La política sanitaria –como ámbito particular de la política social- también se moderniza. Es justamente en esta década de profundización de la crisis económica, de recomposición del estado y de privilegio de los planteamientos neoliberales, cuando el gobierno mexicano se propone explícitamente la conformación del sistema nacional de salud. Este proyecto de modernización sanitaria se plantea como objetivos ampliar las coberturas, garantizar el derecho a la protección a la salud, proteger a los grupos más vulnerables y reforzar los aspectos de prevención y promoción de la salud para elevar las condiciones sanitarias de los mexicanos. Sin embargo, en los hechos, la redefinición neoliberal de la política de salud se expresa en el retraimiento de la responsabilidad estatal para garantizar el bienestar sanitario, en el desplazamiento de esta tarea hacia los individuos o los grupos y en el fortalecimiento de las formas “rentables” de prestación de servicios aun cuando éstas profundicen la inequidad. (López Arellano y Blanco, 1993:11)

Quizás algunos datos permitan ilustrar esta situación.

## Presupuesto 2005 (proyecto). Clasificación funcional del gasto programable.

(Millones de pesos de 2005)

CONCEPTO	Estructura porcentual								Var. % real	
	2003 <sup>2</sup>	2004a	2004e	2005p	2003	2004a	2004e	2005p	05/04a	05/04e
<b>Total de gasto programable<sup>1</sup></b>	1,321,257	1,230,948	1,318,188	1,238,193	100.0	100.0	100.0	100.0	0.6	-6.1
<b>Función Desarrollo Social</b>	767 761	748 006	767 699	772 158	58.1	60.8	58.2	62.4	3.2	0.6
Educación	300 313	296 882	298 157	300 063	22.7	24.1	22.6	24.2	1.1	0.6
Salud	192 126	186 540	193 987	205 269	14.5	15.2	14.7	16.6	10.0	5.8
Seguridad Social	158 462	161 591	171 377	175 059	12.0	13.1	13.0	14.1	8.3	2.1
Urbanización, Viv. y Des. Regional	93 520	77 423	77 709	63 855	7.1	6.3	5.9	5.2	-17.5	-17.8
Agua potable y alcantarillado	4 577	4 931	5 882	5 059	0.3	0.4	0.4	0.4	2.6	-14.0
Asistencia Social	18 763	20 698	20 586	22 853	1.4	1.7	1.6	1.8	10.4	11.0

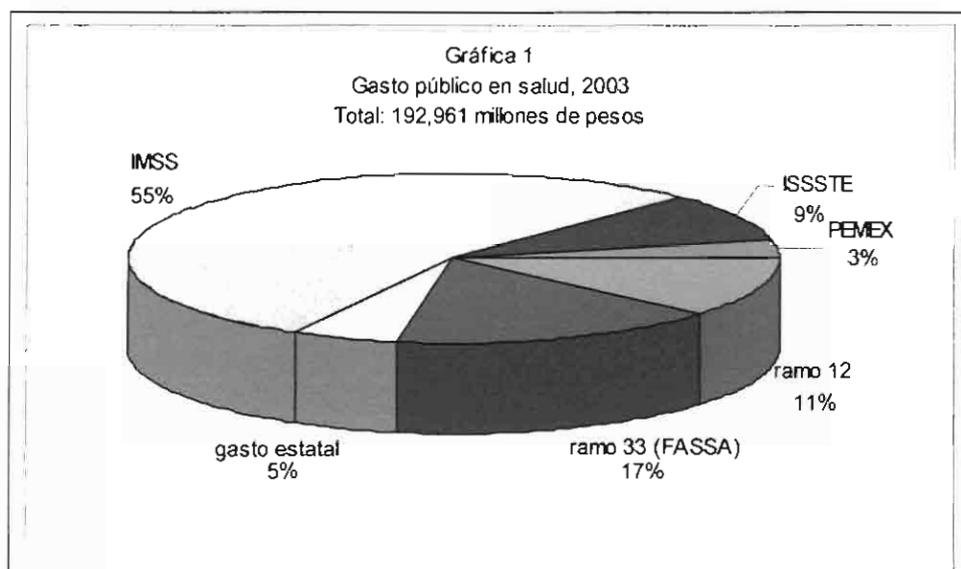
(1) Se excluyen las aportaciones ISSSTE-FOVISSSTE y los subsidios y transferencias a las entidades de control presupuestario directo; (2) Excluye Programa de Separación Voluntaria (16 188 millones) y capitalización de Banobras (8 676 millones); (a) Aprobado; (e) Cierre estimado; (p) Proyecto.

Fuente: Elaborado por el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados con información del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2005. SHCP. (Márquez, D., 2004)

En esta tabla salta a la vista la disminución del gasto programable y el escaso aumento en el gasto en salud a lo largo del periodo, lo cual se ve reforzado por las declaraciones<sup>9</sup> del Secretario de Salud en donde acepta que el cuidado médico se ha convertido "en factor de empobrecimiento". Al año, 3.5 millones de familias van a la ruina por gastos en salud. Es la principal causa por la que la gente empeña sus pertenencias. De esas familias, el 85% carecen de seguridad social, por lo que tienen que pagar esos gastos de su bolsillo. "Esta es la peor forma de financiar un sistema de salud, es la manera más injusta e ineficiente". El cuidado de la salud se ha convertido en "factor de empobrecimiento porque no hemos creado los mecanismos solidarios de financiamiento. Y cuando alguien tiene el infortunio de padecer alguna enfermedad grave, encima de la tragedia debe liquidar sus activos".

Estos datos confirman lo dicho por López Arellano y Blanco: "... en los hechos, la redefinición neoliberal de la política de salud se expresa en el retraimiento de la responsabilidad estatal para garantizar el bienestar sanitario, en el desplazamiento de esta tarea hacia los individuos o los grupos y en el fortalecimiento de las formas "rentables" de prestación de servicios aun cuando éstas profundicen la inequidad". (López Arellano y Blanco, 1993:11)

<sup>9</sup> La Jornada, 15 de septiembre de 2004



Si ahora observamos los siguientes datos que desglosan el Gasto en Salud en público y privado, la evidencia es mucho mayor de que el gasto se va trasladando poco a poco hacia lo privado. Además, es interesante resaltar que ha habido una fuerte reducción del gasto público en salud: en 1999 era de 2.8% del PIB, y en 2002 había caído a 2.4%.

#### **Gasto en salud. México, 2002**

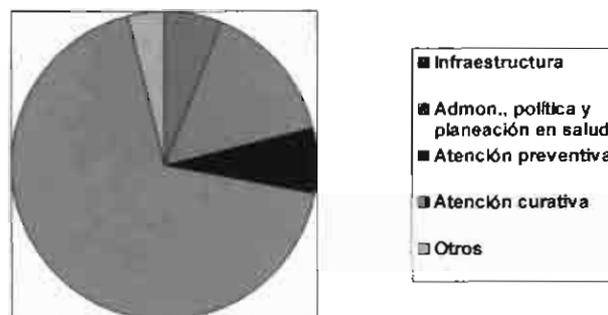
Gasto nacional en salud	
Como porcentaje del PIB	5.8
Total (millones de pesos)	356 862. 3
Gasto público	
Como porcentaje del PIB	2.4
Como porcentaje del gasto total en salud	42.1
Como porcentaje del gasto público total	14.6
Gasto privado	
Como porcentaje del PIB	3.4
Como porcentaje del gasto total en salud	57.9

Fuente: SSA, 2003. Aguayo, 2004:82

Es interesante el registro del destino del gasto, el cual, lejos de seguir los lineamientos internacionales de fomentar la prevención y la promoción de la salud, está orientado hacia la acción curativa. Inclusive podría comentarse que desde el punto de vista puramente económico, esta organización resulta mucho más onerosa que si se destinaran mayores cantidades a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud.

## Distribución del gasto público en salud según programa.

NOTA: "Otros" incluye Investigación, capacitación, regulación y producción de insumos  
FUENTE: Estimación FUNSALUD, a partir del promedio 1992-1994



Por otro lado, y para los fines de este trabajo es importante consignarlo, las políticas de salud establecen como prioridad la atención a Afecciones perinatales, Infecciones respiratorias, Anomalías congénitas, Diarreas, Lesiones accidentales, Enfermedades de la nutrición, Septicemia y Meningitis; enfermedades ligadas, en su mayoría, a la pobreza y a la marginación. Además, la OPS asienta en el Perfil de Salud de México que: "Según el gobierno mexicano los problemas políticos y sociales que afectan la salud de los ciudadanos son:

1. El alto nivel de marginalización en poblaciones rurales e indígenas
2. La presencia de grupos armados
3. La desnutrición de los niños (Según datos oficiales 16.9% de la población menor de 5 años sufre este problema en 1996, mientras que otros estudios ponen el problema en 43% en áreas rurales.)" (OPS, 1998:1)

Esto es, a pesar de las cifras macroeconómicas, México es un país pobre, con problemas de país pobre, pero con enorme incapacidad de resolver sus problemas.

El panorama que hemos presentado de la salud en general, por lo menos da algunas señales de atención a los problemas más acuciantes de la población. Efectivamente en México se ha abatido la mortalidad materno-infantil, se ha incrementado la cobertura de vacunación, la tasa de natalidad ha descendido, etcétera. Las enfermedades crónico-degenerativas son medianamente atendidas y tomadas en cuenta, en tanto –a mediano plazo- se convertirán en verdaderos problemas de salud pública. Pero en México hay un tipo de enfermedades que no merecen la más mínima atención, me refiero concretamente a las enfermedades mentales. Éstas no son objeto de atención ni en el ámbito curativo ni en el preventivo.

Si al panorama de la salud general y la mental en particular que se ha presentado en el capítulo I y los problemas sociales relacionados le añadimos el estado de extrema pobreza en el que vive una gran proporción de la población mexicana, la gran cantidad de personas que viven desplazadas de sus comunidades por problemas de guerra, el grado de violencia que se vive como

efecto del narcotráfico, la desesperación de más de 30% de jóvenes desempleados, el abandono en el que viven muchos niños de la calle, la violencia intrafamiliar, etcétera, etcétera, debemos asegurar que la problemática de la salud mental es por ahora seria, pero está por convertirse en alarmante. Y mucho más alarmante es que el Estado mexicano no para mientes en el problema. Lejos de intervenir decididamente en mejorar las condiciones de vida de los habitantes de este país –lo cual, en última instancia, es lo que puede prevenir las enfermedades mentales- las lleva al límite de la sobrevivencia. Aquí podemos encontrar otra de las *paradojas* del sistema globalizado mexicano: en la mayoría de los países del mundo y los organismos internacionales –incluido el Banco Mundial- están tomando medidas para enfrentar el avance de las enfermedades mentales, aunque esto sea producto de un análisis del costo-beneficio de las intervenciones en este sentido. El Estado mexicano no hace nada. Algunos médicos, algunos directivos de hospitales psiquiátricos, algunas organizaciones civiles hacen intentos que a final de cuentas resultan aislados e ineficaces mientras no logren tener un impacto general y profundo. ¿Qué hacer ante esta situación y todas las que han sido planteadas a lo largo de este trabajo?

¿Qué hacer ante el “irremediable” embate de la globalización? ¿Quién o quiénes son los que tienen que entrar en acción para contender con ese “poder oculto que agita al mundo, que determina toda nuestra vida y que nos domina cada vez más”?

La respuesta a estas interrogantes apunta a que solamente puede ser la “sociedad civil” quien puede garantizar la posibilidad de una libre articulación de intereses, la libre discusión política y la existencia de una opinión pública políticamente independiente. Pero el concepto de “sociedad civil” no es fácil de definir y de aprehender, se cae con facilidad en la ideologización y a final de cuentas no se está sino frente a un gatopardismo que cambia para no cambiar las estructuras prevalecientes.

Una estrategia democrática debe apuntar esencialmente hacia una transformación de la sociedad civil existente. Las estructuras “cívico-sociales” de la que esta transformación depende, no sólo deben ser independientes sino desarrollarse en contra de las instituciones del sistema liberal democrático prevaleciente y en contra de las condiciones sociales de poder existentes.

1. Deberán desarrollarse formas de una auto-organización social que no sean sólo independientes del aparato estatal sino independientes también de los partidos políticos. Los partidos fundamentales deben contemplarse, a consecuencia de la transformación actual de los sistemas liberal demócratas en el contexto de la globalización, como partes del aparato estatal. Como resultado de la dependencia de los Estados respecto del capital internacional y de los restringidos límites nacional-estatales, la política de los partidos se inscribe necesariamente cada vez más en la lógica del Estado nacional de competencia. Es decir, en la disputa por los votos electorales, los partidos son motivados crecientemente para hacer valer el imperativo de una “política de lugar óptimo” capitalista (en contra de los intereses de la población) para

persuadir a la gente de que no existe alternativa alguna frente a las fuerzas dominantes en asuntos económicos....

2. A esto sólo puede reaccionarse con el desarrollo de redes políticas alternas, independientes a las actuales organizaciones políticas. Solamente éstas hacen posible renovar las experiencias sociales, articular los intereses independientes de las estructuras de poder económico y político que subsisten, desarrollar los procesos de discusión y de entendimiento entre los distintos grupos sociales y conducir a un debate teórico independiente. Solamente sobre esta base será posible formular conceptos democráticos para el orden y desarrollo social.
3. Muy importante es la estructuración de una opinión pública independiente, dentro de la cual se realicen estos procesos de discusión y de entendimiento político. Esta opinión pública debe ser ante todo independiente, no solamente respecto de los partidos y del Estado, sino también de la industria capitalista de los medios de comunicación de masas.... (Hirsch, 1996:124-125)

Esto es, si la sociedad civil no logra una transformación radical de sus relaciones con el Estado y no se convierte en un sujeto colectivo independiente, lo más que conseguirá con sus acciones será administrarle la crisis al sistema, cargando sobre sus espaldas todas aquellas tareas que el nuevo Estado neoliberal va desechando en aras de "adelgazar" para que el capital "engorde".

En México, decía Monsiváis, la sociedad civil es gelatinosa; la democracia no existe o para ser más precisas, está en *transición* de instaurarse. Las elecciones del año 2000, si bien fueron significativas y dieron muestra de una voluntad de cambio, no fueron más que un ejercicio liberal de rechazo a lo prevaleciente pero que no ha fructificado –por ahora- en una transformación radical del estado de cosas. El problema de la democracia y la ciudadanía es complejo; en primer lugar, una historia autoritaria, vertical que se inicia desde la época prehispánica, seguida por 300 años de colonización, más tarde una Revolución que nos imprime una serie de contenidos falsos para culminar con un régimen de partido de Estado que se mantuvo en el poder durante 70 años, hace que la sociedad civil sea aún débil y esté tremendamente fragmentada: resulte un proceso incompleto (Eibenschutz, 2000).

En segundo lugar, no existe una cultura democrática arraigada a la ciudadanía de este país. Cornelius Castoriadis decía que a cada régimen político corresponde un tipo antropológico, una virtud y una pasión dominantes. "Hoy es inútil hablar de disposición democrática en la sociedad actual, cuando la pasión dominante no se enfoca a la libertad sino al consumo" (Boffa, 1990:131). Hoy en México la disposición democrática, la virtud ciudadana y la pasión por la libertad son incipientes aún. Si no existe una historia, una cultura que induzcan a que estas cualidades floten en el ambiente y se instalen en nuestra forma de pensar, en nuestro ser antropológico; si somos producto de una larga historia, insisto, de autoritarismo, represión y paternalismo resulta harto difícil que se nos instale esta disposición, esta virtud, esta pasión. El tipo antropológico que corresponde a nuestro régimen político no es o no parece ser el democrático, el ciudadano, el que exige, lucha y logra intervenir y que se intervenga en los problemas que le afectan. Sin embargo, empiezan a aparecer agrupaciones que ya empiezan a ser

capaces de dialogar entre ellas a partir de sus diferencias pero orientando su acción colectiva hacia objetivos comunes. El máximo triunfo de la globalización ha sido impedir a toda costa la construcción colectiva de futuros; hoy en México se ha iniciado esta construcción. Sin duda la rebelión zapatista fue un detonador importante; los movimientos en defensa de las diferencias sexuales, de los derechos humanos de los indígenas, de los niños, los jubilados, las mujeres, ya avanzan hacia esa sociedad civil que habrá de contender con ese “poder oculto que agita al mundo”.

Construir una sociedad civil crítica, independiente, tolerante, incluyente, democrática, diversa, informada, actuante, ese es el reto.

La única manera de revertir este futuro neoliberal es la participación ciudadana, la aceptación de la corresponsabilidad y la intervención decidida y comprometida en el devenir de nuestra sociedad, para construir –como dice de Sousa Santos- un horizonte civilizatorio más amplio, el horizonte de un mundo mejor.

¿Cabe –después de todo lo dicho hasta aquí- una conclusión? ¿Se puede decir aún más? ¿Nos basta con haber establecido las líneas generales del escenario y haber indicado la orilla hacia la que hay que nadar? Mucha tinta corre en estos tiempos tratando de establecer este rumbo, esta orilla; somos cada día más –afortunadamente- los y las que estamos dedicando nuestra vida y esfuerzos para pensar, imaginar e inventar la manera, las maneras de unirnos en una verdadera *aldea global*, en donde lo que se globalice sea la solidaridad, la ocupación y preocupación por los *desdichados* y las *desdichadas* que no pueden –por su condición de ser los excluidos de los excluidos- conocer *el derecho a tener derechos*.

La construcción de una ciudadanía global debería estar alimentada por “la posibilidad de imaginar un futuro donde todas las personas tengan futuro” (Falk citado por Vargas 2001). Así, para las ciudadanías restringidas e incompletas, el espacio global contiene potencialmente una doble virtud: la de visualizar su imagen y sus propuestas, al mismo tiempo que devuelve o irradia la legitimidad propia del reconocimiento de las/los otros. La existencia de redes de solidaridad, conocimiento, aprendizaje, así como los intercambios teóricos, políticos y vitales, ofrecen también un impulso para la ampliación de las ciudadanías subjetivas.

## XI. REFLEXIONES FINALES

*Primero hay que saber hacia cuál orilla quiere uno nadar  
Y segundo, hay que asegurarse de que los esfuerzos  
inmediatos parezcan llevarnos en esa dirección.  
Quien quiera más precisión que ésa no la encontrará,  
y seguramente se ahogará mientras la busca.*

Immanuel Wallerstein

En la Introducción de este trabajo mencionaba que éste no puede concluir, lo que resta por hacer es mayúsculo al lado de este puñado de cuartillas.

Sin embargo, no es posible cerrar este episodio sin por lo menos señalar algunas reflexiones finales que sirvan de punto de partida para iniciar, con más elementos, el camino que pueda llevarnos a mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales en particular y la de todos y todas en general. Parafraseando a Wallerstein que encabeza este apartado, aquí se habrá señalado –cuando mucho– la orilla hacia la que hemos de dirigir nuestros esfuerzos. Más, es imposible de saber, no quiero que nos ahogemos por querer ir más allá. Además de que lo considero difícil, sería muy soberbio de mi parte pretender *saber* qué hacer. Una sola persona nunca podrá llevar a cabo una obra de esta magnitud, no es ni posible ni deseable. Somos necesarios todos y todas. La enfermedad mental en todas sus manifestaciones es un problema que está implicado con todos y cada uno de los acontecimientos de la vida social, política, económica y cultural, no solamente de nuestro país sino del mundo entero. Todos y todas estamos involucrados directa o indirectamente y todos y todas estamos en peligro de padecer, por lo menos alguna vez en nuestra vida, algún trastorno mental, de estar locos. La locura, a final de cuentas, es una manifestación del hartazgo, del miedo, de la violencia, de la imposibilidad para vivir como quisiéramos vivir. Las condiciones cada día más deterioradas en las que vivimos la gran mayoría de los que poblamos este planeta no indican otra cosa, aunque parezca espantoso tan siquiera escribirlo, pareciera que es la lógica del mundo actual: o luchas o te vuelves loco. O padeces por la lucha o por la locura. Nadie se suicida por gusto, nadie disfruta (en el sentido de satisfacción del deseo) siendo violento, sucumbiendo ante las drogas y el alcohol, a nadie se le ocurre, en su *sano* juicio, abandonar a un anciano a su suerte, nadie abandona su tierra y su familia por deleite, a nadie le gusta ver a los jóvenes desilusionados saliendo por la puerta falsa de la drogadicción ni a los niños limpiando parabrisas en lugar de pateando una pelota. Nadie se vuelve loco por placer, es el sistema el que nos arrincona, nos empuja, nos avienta a la locura.

A lo largo del trabajo se han ido planteando muchas cuestiones que tienen que ver con estas reflexiones finales. Intentaré traerlas a colación con el fin de hacer hincapié en su importancia y perentoria necesidad.

1. Es importante conseguir elevar la salud mental al nivel de un problema de salud pública para que ésta merezca atención urgente.

2. Para ello se debe implementar un sistema de información veraz y específico, que incluya no solamente el cálculo costo-beneficio, sino también los elementos sociales, económicos, políticos y culturales que están íntimamente involucrados en su incidencia y prevalencia.

3. Es necesario generar información suficiente y eficiente para que la sociedad en su conjunto comprenda la magnitud del problema, su génesis, el grado de corresponsabilidad y las implicaciones, así como las posibles opciones de intervención que cada uno puede tener.

4. Si bien la sociedad en su conjunto es corresponsable y es pertinente su intervención, no debe dejarse de lado la obligación del Estado en la atención a esta problemática. Es cierto que el Estado que va surgiendo del neoliberalismo es cada día menos capaz de responder a esta obligación, su destino es

desentenderse de la sociedad y atender solamente al gran capital; la salud, como la educación, son problemas de las personas y solamente de ellas depende cómo sea, es cuestión de decisión individual, dicen los pregoneros del sistema. Pero ello no obsta para que la sociedad demande, exija, una respuesta estatal.

5. La ciudadanía de los enfermos mentales debe coincidir con la ciudadanía de todos y todas. Debemos luchar porque todos y todas tengamos derecho a tener derechos.

6. En la medida en que las condiciones de vida mejoren (vivienda, educación, salud, empleo, alimentación, etcétera), en la medida en que todos y cada uno de los sujetos puedan realizar sus proyectos (trabajo, relaciones humanas, tiempo libre, vida cultural, etcétera), puedan y quieran participar en la vida colectiva integralmente y puedan decidir de qué se enferman y sepan por qué, habrá menos mujeres deprimidas, menos violencia de todo tipo, menos suicidios, menos drogas, menos abandono de ancianos, menos migraciones y desplazamientos, menos niños en las calles y menos jóvenes desesperanzados.

7. La enfermedad mental no habrá de desaparecer, es una opción más de vida, por terrible que ésta sea, pero lo que debe desaparecer es lo que la induce, lo que la esparce a mansalva.

8. Habría que hacer una *reingeniería ética* a nivel mundial, como dice la UNICEF, para reorganizar el mundo y hacerlo más justo, más igualitario, más digno.

## **XII. BIBLOGRAFÍA**

1. Achoteguí, J. et.al. (2002). *Sintomatología depresiva en inmigrantes extracomunitarios. Presentación de los datos de un estudio efectuado en el SAPPRI de Barcelona*. En: García, F.J.; Muriel, C. (2002). **Resúmenes de Ponencias y Comunicaciones, III Congreso sobre Inmigración en España**. Universidad de Granada. Granada, España. Pp.5.
2. Aguayo, S. et.al. (2004). **El pequeño almanaque mexicano. La sociedad mexicana en una visión actual, objetiva y breve**. Ed. Hechos Confiables. México.
3. Arzoz, J.; Knaul, F.M. (2003). *Inequidad en el gasto del gobierno en salud*. En: Nigenda, G.; Knaul, F.M. Editores (2003). **Caleidoscopio de la Salud De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción**. Funsalud. México. Pp. 185-194.
4. Bernstein, M.A.; Jenkins, S. (2001). *A continuum of care for people who are elderly and mentally ill*. En: Spaniol, L.; Gagne, Ch.; Koehleer, editors (1997). **Psychological and social aspects of psychiatric disability**. Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University. Boston. Pp. 240-244.
5. Betrisey, D. (2002). *Identidades denostadas. La construcción social de la diferencia*. En: García, F.J.; Muriel, C. (2002). **Resúmenes de Ponencias y Comunicaciones, III Congreso sobre Inmigración en España**. Universidad de Granada. Granada, España.
6. Boffa, M. (1990). **Cornelius Castoriadis e il Comunismo**, Centre International de Recherches en Psychologie Groupale et Sociale, Venezia.
7. Borges, G.; Rosovsky, H.; Gómez, C.; Gutiérrez, R. (1996). *Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994*. **Salud Pública de México**. No. 38. Pp.197-206.
8. Buckner, J.C.; Beardslee, W.R.; Bassuk, E.L. (2004). *Exposure to violence and low-income children's mental health: Direct, moderated, and mediated relations*. **American journal of orthopsychiatry**. October, 74 (4). United States. Pp. 413-23.
9. Buckner, J.J.; Beardslee, W.R.; Bassuk, E.L. *Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated and mediated relations*. **American journal of orthopsychiatry**. Vol. 74, No. 4. October. P. 413-23
10. Calvo, A.M.; García, M.; Hernández, M. (2002). *Las mujeres inmigrantes: el reto de la conciliación entre el espacio doméstico y privado*. En: García, F.J.; Muriel, C. (2002). **Resúmenes de Ponencias y Comunicaciones, III Congreso sobre Inmigración en España**. Universidad de Granada. Granada, España. Pp. 21
11. Canto, M. (1994). *Política social e intercambio político*. En: Canto, M; Moreno, P. **Reforma del estado y políticas sociales**. UAM, Xochimilco, México.
12. Caraveo, J.; Colmenares, E. (2000). *Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la Ciudad de México*. **Salud Mental**. Vol. 23, No. 5, octubre. México.

13. Caraveo, J.; Colmenares, E. (2002). *Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico*. **Salud Mental**. Vol. 25, No. 2. Abril, Pp. 9-15
14. Cerroni, U. (1981). **Léxico Gramsciano**. Ed. Colegio Nacional de Sociólogos, A.C., México
15. Chauvenet, A. (1980), "Biología y gestión de los cuerpos". En: Achard, Pierre, et.al. **Discurso Biológico y Orden Social**. Ed. Nueva Imagen. México.
16. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad-CERMI (2003). *Discapacidad y exclusión social en la Unión Europea: Tiempo de cambio, herramientas para el cambio. Informe definitivo (2003)*, **Colección Cermi.es**, No. 7. Madrid.
17. Consejería de Asuntos Sociales (2002). **II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2002-2007**. Junta de Andalucía. España
18. Cortés, J.; Martínez, A. (1996). **Diccionario de filosofía en CD-ROM**. Empresa Editorial Herder S.A., Barcelona.
19. De Gortari, E.; Castro, E.; Fernández-Pellón, J. F. (1993). *Costos de operación de hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal*. **Salud Pública de México**. Vol. 35, No. 6. Noviembre, diciembre. México.
20. De la Fuente, R. (2001). *La psiquiatría actual*. **Salud Mental**. Vol. 24, No. 4, agosto. México. Pp. 1-2.
21. De Sousa Santos, B. (2001). *Los retos de Porto Alegre*. En: **La Jornada**, Suplemento Masiosare. 26 de agosto. México.
22. Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. (1995). **World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries**. Oxford University Press. New York.
23. Desviat, M. (2000). *La asistencia de la psicosis en España o hacia dónde va la reforma psiquiátrica*. En: Rivas Guerrero, Fabio. Coordinador (2000). **La psicosis en la comunidad**. Asociación española de neuropsiquiatría. Estudios. Madrid. P. 41
24. Díez, E.J. (2002). *La construcción del racismo a través del discurso social: el caso de la inmigración*. En: García, F.J.; Muriel, C. (2002). **Resúmenes de Ponencias y Comunicaciones, III Congreso sobre Inmigración en España**. Universidad de Granada. Granada, España. Pp. 28.
25. Dorsch, F. (1985). **Diccionario de Psicología**. Herder. Barcelona.
26. Economist Intelligence Unit/ The Economist (2004). *Crisis demográfica en puerta*. **La Jornada**, 28 de noviembre. P.p. 25.
27. Eibenschutz, C. (2000). **México: gobierno autoritario, ciudadanía incompleta**. LASA+2pitt.edu
28. Espinosa, J. (s/f). *Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico: una revisión histórica*. En: Desviat, Manuel, et.al. (s/f). **Cronicidad en psiquiatría**.
29. Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, Ch.(1986). **Tratado de psiquiatría**. Masson Editores. México.
30. Fernández-Vega, C. (2004). *México S.A.*, **La Jornada**, 27 de septiembre de 2004.

31. Forrester, V. (2000). **Una extraña dictadura**. Fondo de Cultura Económica. México.
32. Frenk, J.. Editor (1997), **Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas**. Funsalud, México.
33. Freud, S. (1973). "La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis". En: **Obras Completas**. De. Biblioteca Nueva. Madrid.
34. García, F.J.; Muriel, C. Editor (2002). **Resúmenes de Ponencias y Comunicaciones, III Congreso sobre Inmigración en España**. Universidad de Granada. Granada, España.
35. González, S. (2004). **La salud mental en México. Sistema virtual de Información**. CONADIC. México.
36. González-Forteza, C.; Ramos, L.; Vignau, L. E.; Ramírez, C. (2001). *El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes*. **Salud Mental**, Vol. 24, No. 6, diciembre. Pp.16-25.México.
37. Granados, J. A. (2001). *Identidad y género: aportes para el análisis de la distribución diferenciada de los trastornos mentales*. **Salud Problema**. Nueva época /año 6/ número 10-11/ junio-diciembre de 2001. P 37
38. Granados, J. Arturo; Ortiz, L. (2003). *Patrones de años a la salud mental: psicopatología y diferencias de género*. **Salud Mental**, Vol. 26, No. 1, febrero. México
39. Hallfors DD; Waller MW; Ford CA; Halpern CT; Brodish PH; Iritani B (2004). *Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior*. **American journal of preventive medicine**, October, 27 No. 3, pp. 224-31. Netherlands.
40. Harding, M. C.; Zubin, J.; Strauss, S. J.. *Chonicity in Schizophrenia: Revisited*. En: Spaniol, Leroy, Gagne, Cheryl y Koehler, Martin, ed. (2001). **Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability**. Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences y Boston University, Boston. p. 51
41. Haro, J. M. (2004). *Uno de cada cuatro europeos sufre un trastorno mental a lo largo de su vida*. **Revista Esquizo**. Junio. Madrid.
42. Hajar, M.C. et.al. (2002). *Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria en la Ciudad de México*. **Salud Mental**, Vol. 25, No. 1, febrero. 35-42. México.
43. Hirsch, J. (1996). **Globalización, capital y Estado**, UAM Xochimilco, México.
44. Huertas, R. (1998). **Neoliberalismo y Políticas de Salud**. El Viejo Topo. España-
45. Instituto Nacional de Estadística (1999). **Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud**. Madrid
46. Instituto Nacional de Estadística (2004). **Anuario Estadístico de España**. España.
47. Jiménez, A.; González-Forteza, C. (2003). *Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría*

- Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 6, diciembre. Pp.35-46. México.
48. Kimerling, R. (2004). *An investigation of sex differences in nonpsychiatric morbidity associated with posttraumatic stress disorder*. **Journal of the American Medical Women's Association**. Invierno, 59 (1), Pp. 43-47. USA.
  49. Knaul, F.M.; Ramírez, M.A. (2003). *El impacto de la violencia intrafamiliar en la probabilidad de violencia intergeneracional, la progresión escolar y el mercado laboral en México*. En: Nigenda, G.; Knaul, F.M. Editores (2003). **Caleidoscopio de la Salud De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción**. Funsalud. México. Pp. 69-88.
  50. Kraus, A. (2004). *Medicina y poder: unas notas*. **La Jornada**, 13 de octubre de 2004, p. 6.
  51. Kraus, A. (2004<sup>a</sup>). *Sin*. **La Jornada**, 27 de octubre, p. 22
  52. Lapiere, J.W. (2003). **Qué es ser ciudadano**. Biblioteca Nueva. Madrid.
  53. Lara, M.A.; Acevedo, M. (1996). "Patrones de utilización de servicios de salud mental". **Salud Mental**, Vol. 19 Supl. Abril. México.
  54. Laurell, C. (1977). *Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social*. **Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud**.3:6. Pp. 79-87.
  55. Levav, I. (2004). *Salud Mental, prioridad en Salud Pública*. **Norte de Salud Mental**. No. 19. Pp. 19-22. España.
  56. Limas, A.; Ravelo, P. (2002). *Femicidio en Ciudad Juárez: una civilización sacrificial*. **El Cotidiano**, Año 18, enero-febrero. UAM Azcapotzalco, México. P. 111.
  57. López Arellano, O; Blanco, J. (1993). **La modernización neoliberal en Salud. México en los ochenta**, UAM Xochimilco, México.
  58. Lozano, R. (1997). *El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos*. En: Frenk, J. editor (1997). **Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y políticas**. Funsalud. México.
  59. Lozano, R. (1997a). **La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de la Ciudad de México**. Funsalud/Banco Interamericano de Desarrollo, México.
  60. Lozano, R.; Híjar, M.; Torres, J.L. (1997). *Violencia, seguridad pública y salud*. En: Frenk, J. editor (1997). **Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios y políticas**. Funsalud. Méxco.
  61. Márquez, D. (2004). *Reporte Económico. Unidad Técnica de Economía, S.A. de C.V.* **La Jornada**, 20 septiembre. México.
  62. Matud, P. y cols. (2002). *Apoyo social y salud: un análisis de género*. **Salud Mental**. Vol. 25, No. 2, abril. México. Pp. 32-37.
  63. Maturana, H. y Varela, F (s/f). **On machines, living and otherwise**. (s/ed)
  64. Maturana,H. (1995) **La realidad: ¿objetiva o construida? I. Fundamentos biológicos de la realidad**. Anthropos, UIA, ITESO, España.
  65. Medina –Mora, M.E. y cols. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y usos de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. **Salud Mental**. Vol. 26, No. 4, agosto. Pp. 1-16.

66. Medina-Mora, M.E. y cols. (1992). *Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional*. **Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría**. México.
67. Medina-Mora, M.E.; Rojas, E. (2003). *La demanda de drogas: México en la perspectiva internacional*. **Salud Mental**. Vol. 26, No. 2, abril. Pp. 1-11.
68. Musgrove, P. (s/f). *Global Information Needs for Health*. **CMH Working Paper Series**. Paper No. WG2:19. WHO Commission on Macroeconomics and Health. Washington.
69. Nigenda, G.; Knaul, F.M. Editores (2003). **Caleidoscopio de la Salud De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción**. Funsalud. México.
70. Nixon, R.D.; Resik, P.A.; Nishith, P. (2004). *An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder*. **Journal of affective disorders**. October 15; 82(2). Pp. 315-20. Netherlands.
71. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
72. Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2003, en materia de información en salud.
73. Organización Internacional del Trabajo (2000). **Informe sobre el Trabajo en el Mundo**. Washington.
74. Organización Panamericana de la Salud (1998) Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México.
75. Organización Panamericana de la Salud: Presentación al Consejo Directivo (1997), Washington DC.
76. Ortiz, M. (2002). *Construcción del "otro" y formas de estudio*. En: García, F.J.; Muriel, C. (2002). **Resúmenes de Ponencias y Comunicaciones, III Congreso sobre Inmigración en España**. Universidad de Granada. Pp. 65
77. Oszlak, O. (1982). *Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas*. **Revista de Administración Pública**: 5-57.
78. Rico, B y cols. *Políticas públicas en salud, género y mujer*. En: Nigenda, G.; Knaul, F.M. Editores (2003). **Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción**. Funsalud. México. Pp. 243-253.
79. Rivas Guerrero, F. Coordinador (2000). **La psicosis en la comunidad**. Asociación española de neuropsiquiatría. Estudios. Madrid.
80. Rodríguez, G. (2004). *Linchamiento y violencia de género*. **La Jornada**, 26 de noviembre. Pp.22. México.
81. Ross, J. (2004). *La big Migra*. En: **Ojarasca**, La Jornada, diciembre. Pp. 3
82. Roudinesco, E.; Plon, M. (1998). **Diccionario de psicoanálisis**. Paidós. México
83. Saraceno, B. (1996). *Hacia la total ciudadanía de la persona con enfermedad mental a través de la rehabilitación psicosocial*. **Boletín de la**

- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial.** Vol. 8 No.2, marzo. p.1
84. Saraceno, B.; Saxena, Sh. (2001). **Proyecto Atlas. Recursos de salud mental en el Mundo.** OMS. Ginebra.
  85. Saraceno, B; Barbui, C (1997). *Poverty and mental illness.* **Canadian Journal of Psychiatry,** No. 42. Pp. 285–99, Canadá.
  86. Saramago, J. (2003). *La cobardía de los hombres.* **El País.** 25 de noviembre. Pp. 28. España.
  87. Savater, F. (1991). **Ética como amor propio.** CNA y Mondadori. México.
  88. Savater, F. (1994). **El contenido de la felicidad. Un alegato reflexivo contra supersticiones y resentimientos.** Ed. Aguilar. Madrid.
  89. Secretaría de Salud (2003). **Apéndices Estadísticos del Programa Nacional de Salud.** México.
  90. Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL) (2003). **Equidad y exclusión entre adolescentes urbanos de Argentina, Chile, Brasil y México.** Instituto de Investigaciones para la Educación y Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Madrid.
  91. Sistema Nacional de Salud (2004). **Boletín de Información Estadística 2003.** No. 23. México.
  92. Soberón, G.; Zurita, B.; Ramírez, T.; Torres, J.L. (2003). La violencia como grave problema de salud pública. E: Nigenda, G.; Knaul, F.M. Editores (2003). **Caleidoscopio de la Salud De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción.** Funsalud. México. Pp. 57-68.
  93. Tetelboin, C. (1996). *Problemas en la Conceptualización de la Práctica Médica.* **Revista de Antropología Física.** México.
  94. Torres, A.C.; Knaul, F.M. (2002). *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México. 1999-2000.* En: Nigenda, G.; Knaul, F.M. Editores (2003). **Caleidoscopio de la Salud De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción.** Funsalud. México. Pp. 209-225.
  95. Vargas, V. (2001). **Ciudadanías globales y sociedades civiles globales. Pistas para el análisis.** Foro Social Mundial 2001. Biblioteca de las Alternativas. Brasil.
  96. Wagner, F.A. y cols. (1999). *Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico?.* **Salud Pública de México,** Vol. 41, No. 3, mayo-junio, México.
  97. Wallerstein, I. (1996). **Después del Liberalismo,** UNAM, Siglo XXI, México.
  98. Wallerstein, I. (1998). **Utopística o las opciones históricas del siglo XXI.** Siglo XXI. México.
  99. Whiteford, H.; Teeson, M.; Scheurer, R.; Jamison, D. (2001). *Responding to the burden of mental health.* **CMH Working Paper Series.** Paper No. WG1:12. WHO Commission on Macroeconomics and Health. Washington.
  100. World Health Organization (2001). **The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope.**

101. Yñíguez, A. (2002). *Inmigración económica, cultura y conflicto ante nuevas formas de inseguridad*. En: García, F.J.; Muriel, C. (2002). **Resúmenes de Ponencias y Comunicaciones, III Congreso sobre Inmigración en España**. Universidad de Granada. Granada, España. Pp.90.
102. Ziersch, AM. et.al. (2005). *Neighbourhood life and social capital: the implications for health*. **Social science & medicine**. Vol. 60, No. 1, January. England. Pp. 71-86
103. Zink, T.; Sill, M. (2004). *Intimate partner violence and job instability*. **Journal of the American Medical Women's Association**. Winter; 59 (1), pp. 32-5.USA.