



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTONOMA  
METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO**

**SALUD MENTAL EN MEXICO:  
ANALIS DE DISEÑO DEL PROGRMA DE  
ACCION EN ESPECIFICO SALUD MENTAL Y  
ADICCIONES 2020-2024**

**T R A B A J O T E R M I N A L**

Que para obtener el título de:  
**LICENCIADA EN POLÍTICA Y GESTIÓN SOCIAL**

Presenta:  
**LOPEZ DE LA CRUZ MIRANDA MICHELLE**

Asesora de trabajo terminal:  
**DRA.VEGA TORRES MARIA ELENA**

Ciudad de México

Septiembre 2022

## Agradecimientos

*Este trabajo tiene un poco de aquellos que me acompañaron en este camino.*

*A las mujeres que son las más importantes de mi vida: mi madre, quien siempre estuvo para mí cuando creí que no podía más apapachándome y mostrando resiliencia a las adversidades. A mi abuela Alicia, que siempre ha sido un ejemplo de lucha, fortaleza y esmero, demostrando que no importa cuál sea la situación, siempre se puede dar más. Gracias por ese amor y apoyo tan incondicional que caracteriza a estos seres que nos dieron la vida.*

*A mi hermano Jesús y mi hermana Angela por todos los momentos de risa y enojo que me han brindado.*

*A mis gatos, en especial a Gino, que, aunque no se encuentre físicamente presente para ver este momento importante en mi vida, le agradezco las noches de acompañamiento y ronroneos en mis desvelos.*

*En especial a mi asesora Elena Vega por el tiempo, paciencia, ánimo y apoyo absoluto que me ayudó a llegar a concretar este trabajo.*

*Sin ustedes, yo no estaría aquí ¡Muchísimas gracias!*

# Índice

1	Introducción .....	4
2	¿Qué se ha hecho en materia de salud mental? .....	6
2.1	El contexto internacional .....	6
3	¿Cómo se ha atendido en nuestro país? .....	19
3.1	Lo dicho sobre la salud mental.....	19
3.2	Un poco de historia .....	23
3.3	La situación de atención actual. ....	28
4	¿Qué paso durante la pandemia de COVID-19? .....	40
5	Metodología.....	46
6	Análisis del Programa de Acción en Especifico Salud Mental y Adicciones 2020-2024. .....	51
7	Análisis de Diseño. ....	55
7.1	Justificación de la creación y del diseño del programa .....	55
7.2	Vinculación a las metas y objetivos nacionales.....	63
7.3	Identificar a sus poblaciones y mecanismos de atención .....	66
8	Conclusiones .....	73
9	Bibliografía.....	79

# 1 Introducción

La salud, más específicamente, la salud mental es un fenómeno del que se ha oído hablar y ha tenido mayor relevancia durante los últimos años. Área donde diversas instituciones han intervenido para su mejor atención. Sin embargo, esta cuestión se aborda desde lo psicológico y/o psiquiátrico. Poco se toma en cuenta el papel importante que juegan las instituciones y los programas para la atención en la salud mental.

No fue hasta el año de 1984 cuando se promulga la Ley General de Salud, cuando se da el inicio al cuidado de la salud mental del mexicano. Mas en específico en el artículo 72 de dicha ley que menciona que este tema tiene que ir incluido en las políticas de salud bajo los lineamientos nacionales e internacionales. No obstante, lo anterior, no se habían implementado programas gubernamentales para esta problemática, por lo que podemos decir que en México la implementación de este tipo de programas es un tanto reciente, careciendo así de algún tipo evaluación.

Es importante recabar información respecto a la salud mental en México y conocer el diseño de estos programas, ya que no hay mucha información al respecto. Justo por esta cuestión resulta relevante conocer la coherencia de estos programas como respecto a sus objetivos, para así poder darnos una idea de áreas de mejora en los efectos de la actividad evaluada. Todo esto, teniendo una base de lo que es la salud mental en nuestro país.

Comprender el problema de la salud mental desde el punto de vista de su implicación política resulta importante, se convierte en un punto ineludible en la

creación de programas respecto a tema de salud mental de un país, cuyo valor está en organizar y dar coherencia a un proyecto común.

El problema de la salud mental y la evaluación de programas sobre este tema aún no han sido tratados con la profundidad requerida, o al menos no hay un rastro de investigación y sugerencias lo suficientemente sólidas sobre este tema hasta ahora. Quizás esto se deba a que, en general, tanto la noción de salud mental como la de evaluación han sido conceptualizadas de manera restringida y separada: la primera está sujeta a cambios psicológicos y /o psiquiátrico, y el segundo, desde una perspectiva un poco más institucional.

Es así como, ante la poca de investigaciones en este ámbito, nuestro trabajo trata de acercarse al tema de las evaluaciones con la implementación de programas de salud mental , en un esfuerzo por comprender cómo ha sido asumida la implementación de estos programas por el Estado, pero, ante todo, evaluar la incidencia del mismo.

Nuestro trabajo partirá de una evaluación del Programa de Acción en Especifico de Salud mental y adicciones 2020-2024 en función del diseño de dicho programa, sin embargo, simultáneamente, esto nos ayudará a formular propuestas y sugerencias que logren abrir espacio a otras perspectivas, modo de mediación, acción o pautas para el trabajo en esta área haciendo lo posible por insertarse un punto de vista respecto al diseño de programas de este tipo

## 2 ¿Qué se ha hecho en materia de salud mental?

### 2.1 El contexto internacional

Es de saberse que a lo largo del tiempo salud mental ha ido subiendo en nivel de prioridad en la agenda pública. También se han ido implementando medidas a nivel político que repercuten en esta área para el tratamiento y/o prevención de algún tipo de trastorno mental. Para que esto se pudiera llevar a cabo se han llevado a cabo diversas medidas por distintos entes a nivel internacional, y así darle mayor relevancia a este tema de salud; Organismos internacionales que abordan temas con respecto a la salud y esto incluye a la salud mental, puede que algunos más o algunos menos, pero la mayoría mención al tema o tiene iniciativas respecto a la salud mental. Aunque no todos tienen la misma relevancia para nuestro país, algunas han sido un parte aguas respecto a la relevancia de este tema.

Como es de esperarse la Organización Mundial de la Salud es la principal que ha participado en estos temas y ha tenido algún tipo de influencia en nuestro país, así que empezaremos por esta organización; La definición oficial para la salud mental que se ha tomado es la siguiente : “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS,2001).

En este sentido se puede entender que la salud mental es el estado de armonía que debe radicarse entre las personas y el ámbito socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, interior y social, su influencia en cómo

piensa, siente, actúa y reacciona. Por lo tanto, se considera la base del bienestar individual y del funcionamiento efectivo de la comunidad., es un determinante clave de cómo nos sentimos, pensamos y actuamos en diferentes escenarios de la vida. Una mala salud mental puede provocar diversos trastornos que pueden afectar a la persona y por consiguiente su funcionamiento en el ámbito social, laboral y familiar, en los casos más graves puede llegar incluso al suicidio (Adame, s/f).

Para atender esta situación, ha propuesto planes o estrategias para darle más peso al aspectopsicológico-mental de las personas y que los países miembros les den más visibilidad a estas situaciones. Un ejemplo importante es que el 2001 se declaró (por la OMS) el año de la salud mental, en este mismo año en el día de la salud mental (10 de octubre) los países miembros tomaron más cartas en el asunto, se actualizaron leyes y mejoraron sus programas de salud.

Como obtención de las grandes medidas y participaciones de los países durante ese año, en 2002 se crea el Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Este Programa constituye un nuevo esfuerzo que busca llevar a cabo sugerencias y se basa en cuatro tácticas para poder hacer su objetivo final: mejorar la salud psicológica de las poblaciones.

Sus 4 sugerencias son:

1. Incrementar y mejorar la información dedicada a los decisores y transferir tecnologías con el propósito de subir elevar la capacidad de

las naciones

2. Concientizar sobre los trastornos mentales mediante la enseñanza y la abogacía para elevar el respeto por los derechos humanos y minimizar el estigma.

3. Asistir a las naciones en la formulación de políticas y en el desarrollo de servicios integrales y efectivos. La escasez de recursos ordena un uso racional.

4. Edificar o robustecer la capacidad en las naciones pobres para averiguar en salud mental pública.

También en el 2008, se presentó el Programa de Acción para superar las brechas en salud mental mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales y neurológicos (mhGAP, por sus siglas en inglés) y en el 2010 se publicó la Guía de Intervención del mhGAP (mhGAP-IG). Esta guía contaba con un propósito que es ampliar los servicios de salud mental en entornos de bajos recursos. El plan de acción es de alcance mundial y está concebido para orientar los planes de acción nacionales. En él se aborda, para todos los entornos de recursos, la respuesta de los sectores sociales y otros sectores relevantes, así como las estrategias de promoción y prevención.

Otro organismo que ha intervenido en estos asuntos es la Organización



Panamericana de la Salud (OPS); su Consejo Directivo de la aprobó el Plan Estratégico 2014-2019. La categoría 2 del Plan se centra en la carga de enfermedades no transmisibles, incluidos, entre otros, los trastornos mentales a través de la promoción y la reducción de riesgos, la prevención, el tratamiento y la prevención de estas enfermedades y sus factores de riesgo.

En mayo de 2013, la 66.ª Asamblea Mundial de la resolución WHA 65.4 aprobó la cual respaldó el Plan de acción integral de salud mental (Plan mencionado un párrafo más adelante).

En octubre de 2013, se realizó el I Encuentro Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y Familiar, de la OPS y el Gobierno de Brasil, que cuenta con el Consenso de Brasilia.

Como medida de dar algún tipo de pauta a seguir, o bien una guía, la OMS crea '*Comprehensive mental health action plan 2013–2030*'. Este plan se vio aprobado en mayo del 2013 en la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud; en en 2021, la reunión 74.ªm de la misma asamblea realizaron modificaciones para si loar las actualizaciones del plan de acción.

El documento describe acciones claras para los Estados miembros, la Secretaría y los socios internacionales, regionales y nacionales, y propone indicadores y objetivos clave que pueden usarse para evaluar el estado de implementación, el progreso y el impacto.

Tiene estrechos enlaces conceptuales y estratégicos a otros planes de acción y estrategias globales aprobados por la Asamblea de la Salud, como el Plan de Acción de la Estrategia Global para la Prevención y el Control de las

Enfermedades no transmisibles 2008-2013 y el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las mismas 2013-2030.

También se basa en las estrategias y planes de acción regionales de la OMS sobre salud mental y abuso de sustancias que se han adoptado o están en desarrollo. Está diseñado para proporcionar sinergia con otros programas pertinentes de los organismos del sistema de las Naciones Unidas, los grupos interinstitucionales de las Naciones Unidas y las organizaciones intergubernamentales. (OMS, 2021).

El plan de acción tiene los siguientes objetivos

1. Reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en materia de salud mental;
2. Proporcionar servicios de salud mental y atención social completos, integrados y con capacidad de respuesta en entornos comunitarios. En entornos comunitarios;
3. Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental;
4. reforzar los sistemas de información, las pruebas y la investigación en materia de salud mental.

El plan de acción se basa en seis principios y enfoques transversales.

1. Cobertura sanitaria mundial. Independientemente de la edad, el sexo, el caso socioeconómico, la raza, la etnia o la orientación sexual y siguiendo el inicio de igualdad, los individuos con trastornos

mentales tienen que poder entrar, sin peligro de empobrecerse, a los servicios sanitarios y sociales fundamentales que les permitan conseguir la recuperación y el máximo grado de salud viable.

2. Derechos humanos. Las tácticas, ocupaciones e intervenciones de salud psicológica para el procedimiento, la prevención y la promoción tienen que ser conformes con la Convención sobre los Derechos de los individuos con Discapacidad y otros aparatos de derechos humanos de todo el mundo y regionales.

3. Práctica basada en la prueba. Las tácticas e intervenciones de salud psicológica para el procedimiento, la prevención y la promoción tienen que fundamentarse en pruebas científicas y/o en las superiores prácticas, teniendo presente las consideraciones culturales.

4. Enfoque del curso de la vida. Las políticas, planes y servicios de salud psicológica tienen que considerar las necesidades sanitarias y sociales en cada una de los periodos de la vida, incluyendo la niñez, la juventud, la edad adulta y la vejez.

5. Enfoque multisectorial. Una contestación integral y coordinada para la salud psicológica necesita la participación de diversos sectores públicos como el sanitario, el educativo, el gremial, el judicial, el de la casa, el social y otros sectores importantes, así como con la zona

privado, según el caso de la nación.

6. Empoderamiento de los individuos con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. Los individuos con trastornos mentales y discapacidades psicosociales tienen que ser empoderadas y participar en la custodia de la salud psicológica, la política, la idealización legislación, prestación de servicios, seguimiento, averiguación y evaluación.

Para que todo lo anterior se pueda llevar a cabo se sugiere la participación de tres grupos dentro de los países:

- Agencias de desarrollo, incluidas las agencias multilaterales internacionales, los organismos regionales, los organismos subregionales intergubernamentales y agencias bilaterales de ayuda a la fructificación de estos temas ;
- instituciones académicas y de investigación
- el círculo civil, incluidas las organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, los usuarios de servicios y otras asociaciones y organizaciones similares, asociaciones de parientes y cuidadores, organizaciones no gubernamentales de salubridad mental y otras organizaciones no gubernamentales relacionadas con la vigor mental, organizaciones de base comunitaria, organizaciones basadas en los derechos humanos,

organizaciones religiosas, redes de desarrollo y sanidad mental y asociaciones de profesionales de la salud y proveedores de servicios, . múltiples acciones en las áreas de servicios de perspectiva sanitaria y social, promoción y prevención en salud mental, e información, pruebas e investigación

Como vemos, es una interacción de multipartidaria que pretende una mejor compilación de datos y acciones para dar seguimiento llevar a cabo una mejoría en esta área de la salud y una mejor calidad de vida para las personas que se ven afectadas por estos padecimientos.

Si bien, los países participantes ya cuentan con ciertas medidas implementadas respecto al tema, en este plan se siguen brindando recomendaciones de cómo mejorar lo que ya tienen establecido. Recordando que es importante desarrollar, fortalecer, actualizar e implementar políticas, estrategias, programas, leyes y reglamentos nacionales de salud mental en todos los sectores pertinentes, incluidos mecanismos de supervisión de protección y códigos de prácticas, de conformidad con la evidencia, las mejores prácticas y la convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos. Al igual que hacer participar a partes interesadas de todos los sectores relevantes, incluidas las personas con trastornos mentales, los cuidadores y las familias, en el desarrollo y la implementación de políticas, leyes y servicios relacionados con

la salud mental a través de una estructura y/o mecanismo formalizado y/o mecanismo focalizado.

Nos hablan también de cambiar sistemáticamente el lugar de atención de los hospitales psiquiátricos a largo plazo hacia entornos de atención médica no especializados con una mayor cobertura de intervenciones basadas en evidencia (incluida la aplicación de principios de atención escalonada cuando corresponda) a condiciones prioritarias y el uso de una red de servicios comunitarios de salud mental conectados, incluida la atención a corto plazo para pacientes hospitalizados y ambulatorios en hospitales generales, atención primaria , centros integrales de salud mental, guarderías, apoyo para personas con trastornos mentales que viven con sus familias.

Un aspecto importante respecto a este último punto mencionado, es que en nuestro país recientemente se tomaron cartas en el asunto respecto a esta recomendación aquí planteada;

El pasado 16 de mayo del año en curso se publicó la rectificación a la Ley General de Salud en materia de Salud mental y Adicciones fue aprobada por las cámaras de diputados y de senadores; pretende un cambio central del canon de atención psiquiátrica en dirección a uno menos centralizado y más comunitaria.

Entre los cambios más relevantes relacionados con esta ley se encuentran aquellos que mencionan que los trastornos mentales deben ser identificados y tratados en el primer nivel de atención, es decir, los hospitales generales. La

reforma establece que así serán los actuales hospitales psiquiátricos. deben convertirse paulatinamente en centros ambulatorios u hospitales generales dentro de la red integrada de servicios de salud y prohibir la construcción de otros hospitales de tercer nivel en esta zona. El proceso terapéutico final y su responsabilidad se basan en conceptos éticos, sociales, de la virtud a la bondad humana y limitada a la dignidad humana. “Un internamiento sólo puede realizarse de forma voluntaria y si aporta a la persona un beneficio terapéutico mayor que el resto de las intervenciones posibles.” Debe realizarse en el hospital general o pediátrico más próximo al domicilio del usuario y sólo por el tiempo estrictamente necesario. “No se denunciará ni prolongará por ningún motivo el internamiento si tiene por objeto resolver problemas familiares, sociales, laborales o de vivienda y atención al paciente”, establece la legislación.(Sarabia D,2022) También se habla respecto a la “voluntad” de las personas para recibir ayuda; “En situaciones en las que una persona no pueda dar su consentimiento para un tratamiento en un momento específico por ningún medio, no exista un documento de voluntad anticipada, y su salud se encuentre en tal estado que, si el tratamiento no se administra de inmediato, su vida estaría expuesta a un riesgo inminente o su integridad física a un daño irreversible, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato a preservar la vida y salud del usuario dejando constancia en el expediente clínico, otorgando informe justificado a los comités de ética y a la autoridad judicial competente”, artículo 51 BIS de la Ley General de Salud.

Teniendo así un avance respecto a las estrategias recomendadas por la OMS.

Aun con las recomendaciones por la organización y de pacto con la carta de capital de sanidad mental, publicado por la Organización mundial de la salud (OMS) en 2001, en torno a de 75% de los países de la comunidad tiene algún segmento de derecho en asignatura de salubridad mental; de ellos, sólo el 51% tiene un código actualizado más tarde de 1990 y solo 15% tiene legislación de antiguamente de los 60. Para 2017, de los 111 países que respondieron, 63% tenía una ley específica de salubridad mental, 40% reportó haberla renovado en los cinco años anteriores y 68% desarrolló o actualizó sus políticas o planes salud mental. (Valdez-Santiago et al.,2021)

El segmento de países que disponen de políticas, planes y justicia sobre vigor mental es mucho mayor entre los de ingresos elevados que entre los de ingresos bajos; en estos últimos,únicamente 36% de las personas están protegidas por una jurisprudencia en clase de salud mental, en comparación con 92% en los países de ingresos elevados. (Valdez-Santiago et al.,2021).

Cabe mencionar que para dar seguimiento a esta situación de salud la OMS cuenta con un Atlas de Salud Mental ( abarca 171 países) que es “una compilación de datos proporcionados por países de todo el mundo sobre políticas, legislación, financiación, recursos humanos, disponibilidad y utilización de servicios y sistemas de recopilación de datos de salud, también es un mecanismo para monitorear el progreso hacia las metas del Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS.” (OMS, 2021)



En su aviso más reciente, es expresar el año 2020 dieron a enterarse que solo el 51% los 194 Estados grupo de la OMS informaron que su política o preliminares de salud mental está en conformidad con los fundamentos internacionales y regionales de derechos humanos, muy por abajo del objetivo del 80 %. Y solo el 52% los países cumplieron la ideal de los programas de promoción y prevención de la sanidad mental, un porcentaje que incluso está muy por abajo de la ideal del 80%. El mero objetivo para 2020 que se cumplió fue reducir la tasa de suicidios en un 10% , pero igualmente entonces solo 35 países informaron haber una estrategia, política o plan de prevención independiente

El porcentaje de los presupuestos de salud pública dedicados a la salud mental ha cambiado poco en los últimos años y se mantiene en torno al 2%. Además, solo el 39 % de los países que respondieron indicaron que se habían asignado los recursos humanos necesarios y el 34 % que se habían asignado los recursos financieros necesarios, incluso cuando las estrategias y los planes incluían estimaciones de los recursos humanos y financieros necesarios.

Aunque se ha avanzado en la mayoría de los países en términos de capacitación y supervisión, la provisión de medicamentos para enfermedades mentales y atención psicosocial en la atención primaria sigue siendo limitada.

Esto también se refleja en la forma en que se asigna la financiación pública a la salud mental, lo que subraya la necesidad urgente de desinstitucionalización. Más

del 70 % del gasto público total en salud mental se asignó a hospitales psiquiátricos en países de ingresos medios, en comparación con el 35 % en países de ingresos altos. Esto sugiere que, en muchos países, los hospitales psiquiátricos centralizados y la atención hospitalaria institucional continúan recibiendo más financiamiento que los servicios brindados en hospitales generales y centros de atención primaria. México entra en esta categoría, ya que según el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria en el año 2020, se asignaba 50% del presupuesto para salud mental se asigna a hospitales psiquiátricos y con datos del INPRFM, México cuenta con 49 centros psiquiátricos del sector salud, 12 de los cuales se encuentran en la Ciudad de México.

Además, esta nota nos indica que la media universal de personal en el puesto de lozanía mental por cada 100 000 habitantes ha aumentado ligeramente, de nueve trabajadores en 2014 a 13 trabajadores por cada 100 000 habitantes en 2020. Sin embargo, existen diferencias muy grandes entre países con diferentes ingresos en salubridad, como la cantidad de personal psiquiátrico. en los países de altos ingresos es más de 40 veces mayor que en los países de bajos ingreso.

### **3 ¿Cómo se ha atendido en nuestro país?**

#### **3.1 Lo dicho sobre la salud mental**

Varios conocedores del tema han escrito sobre la salud mental y sus implicaciones en la vida de las personas, las aportaciones de estos escritos son a un a un nivel especializado en el ámbito psicológico y/o psiquiátrico. Entre quienes han escrito sobre este tema se encuentran dos grandes representantes de esta área que son, Juan Ramon de la Fuente (Padre) y Juan Ramon de la Fuente Ramírez (hijo)-actual representante permanente de México ante la Organización de las Naciones Unidas- y María Elena Medina-Mora Icaza (directora general del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz 2008- 2018).

Estos autores concuerdan y llegan, técnicamente, a las mismas conclusiones respecto a la salud mental. Nos dicen que este aspecto de salud en los ciudadanos no se separa de la salud física-biológica. Ambas están sujetas a ciertas condiciones socioeconómicas, educacionales, convivencia, ambiente familiar entre otros aspectos; poniendo en claro, que la salud mental depende también de varios factores externos. También reafirman que la necesidad de apoyo comunitario y la casi ausencia de funcionamiento social, con productividad abierta altas tasas de desempleo , requieren un tratamiento matinal completo para mejorar la previsión y el tributo económico representan.

Se ha señalado la necesidad de desalentar la institucionalización sistemática de un

gran porcentaje de personas con este tipo de enfermedad y promover la prevención para implementar intervenciones encaminadas a reducir la aparición temprana de síntomas graves de trastornos mentales tardíos, e implementar la promoción de salud mental. También se habló de robustecer la atención primaria, partiendo del supuesto de que se debe dedicar un abordaje integrador de los problemas psiquiátricos desde el punto de vista de la población. A lo largo de los años se han propuesto algunos modelos de atención, como la concreción geográfica de la población cubierta por intervenciones específicas de vitalidad mental, así como el abordaje multi y transdisciplinario en equipos de trabajo, que permitan una integralidad del paciente en todas sus facetas. También se destacó la importancia de involucrar a la comunidad para fomentar la participación de la comunidad inmediata en el apoyo y cuidado de personas con enfermedad mental, incluso a través del establecimiento de asociaciones de pacientes, familias y grupos de apoyo. Ninguno de estos objetivos ha logrado ganar terreno en los países de ingresos bajos y medianos debido al ajustado presupuesto asignado a una perspectiva de política de salud pública de baja prioridad. (Katz et al., 2017)

También mucho se ha hablado sobre los avances en la cobertura y atención de la salud mental es el hecho de que se estima que solo 30 unidades de atención primaria cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para las principales afecciones de salud mental y realizan al menos una derivación a un especialista en salud mental por mes. Asimismo, el porcentaje de cursos de actualización o formación en salud mental dirigidos a profesionales de este nivel es inferior al 15%.(s.f)

Recalcando lo que puede que ya se bien sabido “el presupuesto asignado para la

atención en salud mental han sido desproporcionado en relación con la carga global de las enfermedades debida a los trastornos mentales; la consecuencia son las enormes brechas de atención, principalmente de los Trastornos Mentales .Por lo tanto, una propuesta de cambio en el paradigma de la atención no garantiza que las personas con trastornos mentales tengan acceso a los servicios de salud mental disponibles.” (s.f)

Al igual que según De la Fuente, Medina Mora y Caraveo, llegan a concorde que se dispone de tres fuentes de información para evaluar los trastornos mentales que afectan a la población: los establecimientos de atención especializada como hospitales psiquiátricos, asilos y otros servicios de apoyo públicos y privados; los servicios ambulatorios de hospitales generales y puestos de salud de atención primaria; y la comunidad Por lo tanto, si bien esto es escaso para un país y un sistema de salud de nuestro tamaño, tenemos alguna información sobre morbilidad mental de estas tres fuentes. (Benassini O, S.f)

Si bien México cuenta con servicios de salud mental en el segundo nivel de atención y con institutos especializados; no obstante, la categorización del sector y la inadecuada organización geográfica del abastecimiento de los servicios dificultan la integración de los niveles. Además, los bienes humanos como psiquiatras, psicólogos y enfermeros especializados en el tema son reducidos. Con datos del 2016, existían 4393 psiquiatras en el país, lo que equivalía a una tasa de 3.68 psiquiatras por cada 10 000 habitantes. Para 2019 de acuerdo con el INEGI existían 12 psicólogos por cada 10 mil habitantes.

Incluso la OMS menciona que los determinantes de la salud mental y los trastornos

mentales incluyen no solamente atributos individuales como la capacidad de gestionar los pensamientos, las emociones, los comportamientos y las interacciones con los demás, suerte todavía factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones de trabajo y los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a la adversidad a una edad temprana es un aspecto de riesgo prevenible establecido para esta problemática.

Incluso personas con trastornos mentales tienen tasas de discapacidad y mortalidad desproporcionadamente más altas. Por ejemplo, las personas con depresión mayor y esquizofrenia tienen entre un 40 % y un 60 % más de probabilidades que la población común de morir prematuramente obligado a problemas de sanidad física a menudo no tratados (como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y micosis por VIH) y al suicidio. El suicidio es la segunda causa principal de muertes entre los jóvenes de todo el mundo.(OMS, 2021)

Se habla incluso del papel enjundioso que juega el consumo de sustancias y su presencia con trastornos mentales.

La OMS advierte las consecuencias de esta problemática. La depresión por sí sola representa el 4,3% la carga común de enfermedad y es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo (11% todos los años vividos con discapacidad en todo el mundo), fragmentario entre las mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salubridad son igualmente significativas: un estudio reciente asombro que el golpe global acumulativo de los trastornos mentales en términos de producción económica perdida ascenderá a

16,3 billones de dólares entre 2011 y 2030. (OMS, 2021)

### **3.2 Un poco de historia**

En México lo relacionado a la salud mental empezó a tomarse en cuenta finales del siglo XIX y principios del XX, surgieron instituciones privadas como el sanatorio Rafael Lavista, en 1898 y la Casa de la Salud de San Juan de Dios para enfermos mentales en Zapopan, Jalisco en 1910. Aunque fueron administradas por la Iglesia Católica hasta finales del siglo XIX, continuaron en funcionamiento hasta la fundación del Asilo General en la Ciudad de México en 1910. La Constitución de 1867 prohibía que los hospicios quedaran en manos de particulares y de órdenes y asociaciones religiosas, por lo que su gestión pasó a estar a cargo de la Dirección General de Bienestar Público, subsecretaría del Ministerio del Interior. Años más tarde, cuando el presidente mexicano Porfirio Díaz encargó la construcción del Hospital General de la Ciudad de México hubo una especie de modernización de la atención médica y la voluntad de la administración pública de incorporar los avances científicos a la medicina mexicana (Tepale et al., s/f). En dicho año, con fundamento de los festejos del Centenario de la libertad el mandatario Porfirio Díaz inauguró el Manicomio general de la Castañeda, que albergaría décadas después a bastante más de 3 mil enfermos utilizando tratamientos similares a los de otros territorios y acordes con los escasos conocimientos psiquiátricos de la era. El Manicomio general de La Castañeda tenía una doble ocupación: hospital y casa para la expectativa psiquiátrica de enfermos mentales de ambos sexos, de cualquier edad, nacionalidad y religión.

En 1930 abrieron sus puertas los sanatorios Ramírez Moreno y Floresta, y para 1933 el escenario académico de la psiquiatría en México estuvo representado por un selecto grupo de médicos que sobresalieron por sus aportaciones y dedicación a los enfermos con trastornos mentales y neurológicos. Entre los que destacaron: Manuel Guevara Oropeza, Samuel Ramírez Moreno, Leopoldo Salazar.

En 1942 se fundó el servicio de Psiquiatría del Hospital Español, siete años a posteriori se inauguró la Clínica San Rafael, todos ellos sanatorios privados que trataban de subsanar la deficiente expectativa que otorgaba el Estado; estos y otros sanatorios que ya existían en ciudades como Monterrey, Hermosillo, Guadalajara y Mérida, alquilaban o subrogaban camas para enfermos mentales del IMSS, ISSSTE y PEMEX. Entre 1940 y 1950 se crearon hospitales del sector público y de la seguridad social, así como los primeros esquemas institucionales de atención para problemas de salubridad mental en la ciudadanía mexicana de la secretaria de Salud (SSA) y en clínicas del IMSS y del ISSSTE. (*Fundación e Historia*, 2020)

En 1946, González Enríquez fundó el primer departamento de psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social. Además, sembraron vocaciones y cultivaron la docencia. Samuel Ramírez Moreno fue un destacado docente que fue además el primer director de Salud Mental del Departamento de Salud y Asistencia y que siguió impulsando los avances de la psiquiatría tanto en Europa como en Estados Unidos. tenía en mente estados. Estableció una clínica psiquiátrica privada



con cursos clínicos para médicos interesados en el campo y animó a sus estudiantes a continuar sus estudios en el extranjero. Fue secretario general de la UNAM.

En 1952, cuando Raoul Fournier Villada era director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México e impulsor de la medicina psicológica, los planes de estudio de neurología y psiquiatría se separaron y se convirtieron en disciplinas distintas. En esa época, en 1955, por iniciativa de Alfonso Millán, se estableció el primer curso formal de formación en psiquiatría con el reconocimiento de la Escuela de Postgrado de la UNAM como parte de una reforma del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental con el objetivo de llevar la enseñanza de la medicina con un sentido psicológico y humanístico a la dirección. Se incluyeron en el plan de estudios las materias Psicología Médica y Medicina Humanística, que luego se cambiaron a Psicología Médica I y II y ahora se denominan Introducción a la Salud Mental y Medicina Psicológica . (Ramón De La Fuente & Martin, s/f)

Para 1960 la Secretaría de Salud y Ayuda estableció una red de 11 nosocomios, nueve de ellos hospitales-granjas, en sustitución del ya retrasado y sobrepoblado manicomio general. Resaltan el sanatorio Fray Bernardino Álvarez y el nosocomio Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, que tuvieron y mantiene una función importante tanto para la enseñanza como para fines asistenciales. Esto y la apertura de nosocomios psiquiátricos federales en el Estado de México, el estado de Hidalgo y otras entidades conformaron lo cual entonces se llamó "Operación

Castañeda”, cuyo objetivo era renovar y desconcentrar la atención especializada. A partir de 1971, la Dirección se limitó a Psiquiatría y Salud Mental y cambió su nombre por el de "Dirección General de Salud Mental". Sus facultades son extraordinariamente operativas: concentra los recursos económicos para operar, administrar y reglamentar los hospitales psiquiátricos del Ministerio de Salud en todo el país.

En 1978 La Organización Panamericana de la Salud da un asesoramiento sobre la situación de la salud mental para ayudar en la formulación de un plan nacional de salud mental que hace hincapié en la regionalización de la atención. Para la década de 1980 se trabaja en la organización de los servicios de salud en el país, para lo cual se establecen servicios coordinados en cada entidad federativa, agrupando bajo su mando todos los servicios de salud para la población abierta, incluidos los hospitales psiquiátricos federales. En diciembre de 1979, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial de creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría que reemplazó al anterior Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental (CEMESAM).

A la par iba creciendo la importancia que iba cobrando el consumo de drogas y los consecuentes problemas de salud y seguridad pública, lo que lleva a la Secretaría a proponer un programa nacional sobre este tema en tres direcciones diferentes: drogadicción, alcoholismo y tabaquismo. Para asegurar la operación del programa, se creará un órgano de coordinación interinstitucional e

intersectorial: el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). En 1996 se decidió que CONADIC funcionaria de manera autónoma y se formó la Coordinación de Salud Mental (CORSAME, 1997) que para 2004 cambiaría su nombre a Consejo Nacional de Salud Mental (Consame). Durante estos años se manifestó el interés de mejorar las condiciones generales de los servicios especializados en las clínicas psiquiátricas de todo el país a través del apoyo financiero, asesoría y labores de coordinación. (Benassini O,S.f).

En 2002 la Secretaría de Salud firmó el documento titulado “Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental”, el cual fue desarrollado entre la Secretaría de Salud y la Fundación Mexicana para la rehabilitación de enfermedades mentales , con el deseo de reorganizar la visión y la a través de un arquetipo que implica el comienzo de estructuras asistenciales dirigidas a la lozanía mental.

Con el objetivo de que las acciones de lozanía mental integren el enfoque de ética de los derechos humanos, en 2004 como mando pretendía dictar el contenido de las estrategias públicas y nacionales en el área de la lozanía mental, así como acarrear a la planificación y evaluación de los servicios. Ha sido notorio como el organismo rector de la lozanía mental en el país, gracias a sus facultades establecidas en el estatuto interno de la secretaria de Salud.

Todo esto para que en el 2004 el Diario Oficial de la Federación anunciara la creación del Consejo Nacional de Salud Mental que entre sus objetivos tiene proponer y coadyuvar en la evaluación de los programas relativos en la materia y la difusión e implantación de modelos innovadores de atención en salud

mental. *(DOF-Diario oficial de la federación, S.f)*

### **3.3 La situación de atención actual.**

El país cuenta con instituciones especializadas no solo para averiguar las patologías y condicionantes que afectan la lozanía mental, también asimismo para ofrecer respuestas específicas que sean viables. Se cuenta con organismos que son quienes son los encargados de investigar, regular y atender a los aspectos que son un poco más “técnicos” sobre esta problemática, entre las instituciones más relevantes en México se encuentran:

- Secretaria de salud
- Comisión Nacional contra las Adicciones, que tiene por ley coordinar y supervisar los servicios de profilaxis y atención de las adicciones, por medio de la gestión y fructificación de modelos de estructuración y transacción en los diferentes niveles de atención al parejo que Impulsar mecanismos para la coordinación, concertación, cooperación y colaboración, de los sectores público, tanto federal como local, social y privado, así como de empresas nacionales e mundiales y, generalmente, de la sociedad, en las actividades de prevención y el control de las adicciones. Entre otras varias.
- Asociación Psiquiátrica Mexicana quien Coordina los programas de prestación de servicios de perspectiva médica especializada en salubridad psicológica en las unidades operativas de su adscripción; instituye mecanismos de obligación con las instituciones de consistencia social y

del sector salud para la perspectiva de los trastornos mentales; participa en la preparación de reglas oficiales mexicanas, así como en la formulación de artefactos normativos en temas de servicios de perspectiva psiquiátrica

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz que entre sus objetivos principales incluyen: Realizar investigaciones para comprender la interacción entre el cerebro, el comportamiento y el medio ambiente; traducir el conocimiento científico en programas de prevención y atención y hacer recomendaciones para la política pública.
- Consejo Nacional de Salud Mental cuya función es encargarse responsabilizarse de proponer la extensión de la política y las estrategias nacionales en asignatura de atención, prevención, y rehabilitación de los trastornos mentales. Planea, supervisa y evalúa los servicios de vigor mental; participa en la elaboración de propuestas para la rememoración y fructificación de disposiciones jurídicas; impone sanciones y aplica medidas de soltura en el terreno de su competencia Y que va de la mano con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental

Estas organizaciones solo son por mencionar algunas con mayor relevancia y jerarquía dentro de las administraciones del país ,ya que para la investigación de la salud mental también se cuenta con la cooperación de universidades que tratan e investigan estos temas.

Aunque no está de más mencionar que en lo que se ha considerado el núcleo de nuestro país, se encuentran estas y otras de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud. En las ciudades y las zonas urbanizadas de los estados de la república se ubican los mejores de estos servicios, lo cual dificulta que las zonas marginadas y rurales puedan percibir o tengan concurrencia médica especializada. Los hospitales de ingreso fuerte se concentran en el centro de México, luego que los de primer y segundo nivel se ubican de forma dispersa en los estados de la república. Esta distribución territorial de los servicios provoca que la mayor financiación se transfiera al centro del país, que la población de los estados tenga que excursionar de sus lugares de puertas fuera a su lugar de origen, con el gasto monetario, emocional y físico que esto conlleva y que los cuadros de profesionales de esta área prefieren brindar sus servicios en las instituciones de zona centro del país (Katz et al., 2017). Dificultando, como es obvio, la atención a la población que se encuentra fuera de la CDMX.

Lo anterior lleva a una poco equitativa repartición de personal en esta área. En datos del Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México del 2011 en 2008, el número de graduados de instituciones educativas fue el siguiente: 51 psiquiatras de 8.366 médicos, 4.047 enfermeras, 2.484 psicólogos del personal de enfermería y 10% de otros trabajadores de la salud. En formación en intervenciones psicosociales: psiquiatras 12%, médicos 39%, enfermeros 19%, psicólogos 34% y otros 8%. Finalmente, la capacitación en temas de psiquiatría infanto-juvenil contó con la participación de 5% psiquiatras, 66% médicos, 5% enfermeros, 20% psicólogos y 11% otros profesionales de la salud, la mayoría laborando en la zona céntrica del país.

Según Ramon De la Fuente en un análisis , llevado a cabo en 2012, se contabilizaron un completo de 3,823 psiquiatras en nuestro estado cuya población perteneció a 112,000,000 pobladores; de éstos, 225 correspondían a la subespecialidad de paidopsiquiatría. Lo anterior da un gravamen de 3.47 psiquiatras por cada 100,000 pobladores y de 0.69 paidopsiquiatras por cada 100,000 pobladores menores de 15 años. El 65% los psiquiatras son hombres y 35% son féminas. El 43% ejerciendo su rama en el Distrito Federal con una tasa de 18.8 psiquiatras por 100 000 pobladores; siguen posteriormente el Estado de Jalisco adonde lleva a cable el 11.2% psiquiatras con un tributo de 5.8/100 000 pobladores y el otra vez León, donde se centra el 6.46% con una tasa de 5.3 psiquiatras/100 000 pobladores. El 38.7% restante está en las otras entidades federativas, primordialmente en regiones urbanizadas.

Es afamado que el número de doctores especialistas en psiquiatría no es suficiente para cubrir las necesidades poblacionales en México. Entidades como el Distrito Federal, Jalisco y Nuevo León han tocado o superado la media mundial, en lo que los estados de Zacatecas, Chiapas y Tlaxcala cuentan con menos de un psiquiatra por cada 100,000 pobladores (Ramón De La Fuente & Martin, s/f).

Otro dato que arroja este informe es que gran parte del porcentaje de investigaciones con respecto a la salud mental salen de Instituto Nacional de psiquiatría Ramon de la Fuente. Ya que este es de los pocos institutos en el área que cuenta con tres áreas principales de investigación: neurociencia, clínica, epidemiológica y social. En el campo de las neurociencias se examina el

surgimiento, desarrollo y manifestación de los trastornos mentales y estos constituyen un puente entre los procesos fundamentales y la clínica. La investigación en el campo clínico permite una mejor comprensión de las causas, el curso y el resultado de las enfermedades y trastornos psiquiátricos, así como mejores procesos de diagnóstico, clasificación y tratamiento. Finalmente, la investigación epidemiológica y de las ciencias sociales permite estudiar los factores socioculturales que influyen en los trastornos mentales, así como la progresión de la enfermedad, la búsqueda de atención y las necesidades de rehabilitación. Es decir, toda la investigación y práctica respecto al tema, recae en los hospitales de especialidad, o bien, de tercer nivel.

Abordando una situación más reciente, según el gobierno y con un informe publicado en el 2019 en conmemoración del día de la salud mental, se dijo que a las personas se les otorga atención especializada en algunas instituciones, aunque no son parte de algún seguro de salud pública.

Las personas que son derechohabientes al IMSS, para contribuir al tratamiento de las enfermedades mentales e incluso adicciones, su principal fuente es el fortalecimiento de sus acciones de promoción de la salud y de profilaxis, por medio de un programa diseñado e implantado la estrategia de Programas Integrados de Salud, más conocida como PREVENIMSS y que hace referencia a las acciones de carácter preventivo.

Además, en oriente mismo año; Con el objetivo de diagnosticar, monitorear y sufrir oportunamente los trastornos mentales asociados a la violencia física y doméstica, así como el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de drogas, el



Instituto Mexicano del Seguro Social comenzó la capacitación de 17,000 doctores adscritos a los Apartamentos de Medicina Familiar (UMF) para trabajar con ellos en el abordaje con situaciones. Asimismo, el Instituto de Estabilidad y Servicios Sociales para los Empleados del Estado (ISSSTE) labora para sofrenar el alzamiento de patologías y gajes de vitalidad psicológica, y en lo cual va del año, la Subdirección de Prevención y Custodia en Salud ha llevado a cabo 688 1,371 intervenciones en unidades educativas y de interés primaria de salubridad y 75 campañas nacionales de avance de las primordiales enfermedades mentales. Todo lo anterior con fin de ejercer el artículo 72,73 y 74 de la ley federal de salud: que mencionan la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario teniendo en cuenta los factores que la afectan y como prevenirlos, las medidas preventivas y la promoción respecto a la salud mental y de algunas acciones que se deben llevar a cabo para el tratamiento y acompañamiento adecuado a las situaciones que comprenden la salud mental.

Para complementar la atención en esta área en México se publica el primer Programa de Acción en Especifico de Salud Mental 2007-2012 con el objetivo de cerrar brechas en la atención y combatir el estigma y la discriminación. También busca cambiar el paradigma hacia la atención comunitaria de la salud mental., seguido de un segundo PAE en la misma materia de salud mental durante el sexenio del expresidente Enrique Peña Nieto en el cual se buscaba empezar a emprender acciones de protección y promoción de salud mental, así como de detección temprana y prevención de los trastornos mentales; para anteceder al actual Programa de Acción en Especifico de Salud mental y Adicciones 2020-2024.

Es conveniente mencionar que, a nivel estatal De las 32 entidades del país, exclusivamente 14 cuentan con una Ley de Salud Mental (43.8%): Baja California, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Yucatán y Zacatecas. La Ciudad de México y Morelos publicaron su jurisprudencia en febrero y octubre de 2011, respectivamente. Otro aspecto relevante es que 14 de los estados que no definen la salud mental en sus leyes de salud tampoco cuentan con Ley en cuestión de Salud Mental. Sin embargo, 13 de ellos tienen una sección dedicada a este tema. La excepción es el estado de México, que no cuenta con Ley de salud mental y ha visto derogada su ley de salud. (Valdez-Santiago et al.,2021)

Haciendo hincapié en los estados que cuentan con ley con respecto al tema; “de las 14 jurisprudencias de sanidad mental revisadas, cinco no hacen referencia alguna al suicidio: Jalisco, Michoacan, Querétaro, San Luis Potosí y Sonora. De los nueve estados restantes, la generalidad hace informe al suicidio y su prevención en uno o dos artículos: Baja California, Ciudad de México, Nuevo León, Sinaloa, Zacatecas, Morelos y Chihuahua. Sólo dos estados señalan acciones específicas: Morelos estipula el principio de un Programa Estatal de Atención y Prevención del Suicidio y Chihuahua menciona programas en coordinación con instituciones públicas o privadas para la zona de influencia del informe básico de trastornos mentales, así como medidas para detectar, atender y advertir factores que induzcan a la auto privación de la vida. Sólo Campeche y Yucatán cuentan con capítulos específicos para afrontar la problemática de comportamiento suicida y establecen el principio de un programa distinto para su prevención y atención”

(Valdez-Santiago et al., 2021),

Para entender la falta de atención estatal respecto a salud mental y sus implicaciones, como el suicidio, en el actual PAE 2020-2024 se empezaron a desarrollar otros programas en paralelo que podrían llamarse complementarios en cuestiones que involucran a la salud mental como lo es el suicidio - que con dato oficiales del INEGI nos dicen que las estadísticas de mortalidad reportan que del total de muertes en el país en 2020, 7.818 se debieron a lesiones autoinfligidas, lo que representa 0,7 % de las muertes y una tasa de suicidios de 6,2 por 100.000 habitantes, superior a los 5,6 registrados en 2019 con una tasa de 5.6- Tal es caso del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (documento que no se encontró per se) donde se le da nombramiento a el *Código 100*.

Este código es una manera de codificar a la conducta suicida. Inicialmente iba dirigido a personas que se encontraban en hospitales generales o en unidades generales es decir que no estaban especializadas en Salud Mental para así poder detectar a tiempo casos o conductas de este tipo y poder derivar a atención especializada al paciente. Este plan arrancó en Yucatán por el mes de octubre del año pasado y en Durango desde el mes de julio.

Dentro del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio vienen desglosadas las acciones de este código que se basa en intervenciones oportunas, tratamiento y apoyo desde el primer nivel de atención hasta los servicios especializados.

En el primer nivel de atención, es decir hospitales comunitarios/ centros de salud. Se llevará a cabo (según el programa) la detención, intervención de la crisis, la

atención, referencia y el seguimiento.

En el segundo nivel, hospitales generales. Dentro de esta abarca la atención ambulatoria, la atención hospitalaria, referencia y seguimiento.

En el tercer nivel, unidades especializadas. Es la atención, el tratamiento y contrarreferencia en caso de ser necesario.

Al igual que se habla de algunos protocolos a seguir frente a esta conducta.

Aun con todo lo anterior mencionado y aunque actualmente se buscan implementar medidas, como el PNPS con protocolos para la detección temprana de padecimientos relacionados con la Salud mental. el eje de la atención de la Sm en México (a la fecha de escrito este trabajo) sigue siendo el tercer nivel, específicamente los hospitales psiquiátricos. En ellos recae la atención ambulatoria y de internamiento. El rol de la atención primaria es aún pequeño. Aunque con las modificaciones recientes a ley de general de salud se busca cambiar esta situación

Para hacer frente a esta desatención en el primer y segundo nivel, aunado al PAE, se implementó el Programa Nacional de telementoría en salud mental y adicciones, que en sus propias palabras *"su objetivo es acercar al personal de salud del primer y segundo nivel de atención a especialistas en salud mental con la finalidad de recibir asesoría y orientación en su práctica clínica, permitiendo así que la población reciba atención oportuna y de calidad."*

Este se llevará a cabo a modo de sesiones virtuales semanales en las que equipos multidisciplinarios especializados en lozanía mental de distintas instituciones del paraje brindan renglón y capacitación al partidista de lozanía del primer

y momento altura a través de la revisión de diversos temas relevantes y la audiencia de casos clínicos reales.

Cada articulación perla con un profesorado conformado por partidista de psiquiatría, psicología, dispensario y deber social, así como de otros profesionales con conocimientos especializados.

Las personas participantes tienen el empleo de efectuar temas específicos sobre trastornos mentales comunes, recibiendo así la capacitación necesaria para identificarlos oportunamente, darles tratamiento o derivarlos a la academia más pertinente. Además, pueden presentar casos de su práctica clínica para ser orientadas y gestionar dudas específicas de forma directa. El Consejo Nacional de Salud Mental es el encargado de encauzar el Programa Nacional de Telementoría en Salud Mental y Adicciones mediante la consumación de acuerdos con las instituciones mentoras y la revisión de las solicitudes de anuncio de los participantes. Asimismo, con el fin de brindar incentivos, dicho ente emitirá constancias de participación con valor curricular tanto para el profesorado como para el personal de salud que participe. (de Salud, s/f)

Hay que mencionar que la participación a este programa de 'especialización' es voluntario, dejando así de una u otra manera, sin obligación al personal de salud de informarse de estos temas

Para la atención de atención en esta área la fuerza laboral de salud se encuentra de la siguiente manera; hay 3,1% trabajadores de la salud, 1,8% médicos especialistas, 6,5% enfermeras y 3,7% residentes de especialidades médicas. Si observamos que en cuanto al acceso a los servicios del total de consultas externas otorgadas en el país, salud mental y adicciones representan solo el 1,9%, 81,8

consultas se otorgan en unidades de primer nivel mientras que el 57.0% en hospitales psiquiátricos.(Varela et al., s/f).

Si bien México cuenta con servicios de salud mental en el segundo nivel de atención y con institutos especializados; no obstante, la categorización del sector y la inadecuada organización geográfica del abastecimiento de los servicios dificultan la integración de los niveles. Además, los bienes humanos como psiquiatras, psicólogos y enfermeros especializados en el tema son reducidos. Con datos del 2016, existían 4393 psiquiatras en el país, lo que equivalía a una tasa de 3.68 psiquiatras por cada 10 000 habitantes. Para 2019 de acuerdo con el INEGI existían 12 psicólogos por cada 10 mil habitantes. Y según con datos recientes obtenidos del Diagnóstico Operativo de Salud mental y adicciones en comparativo con las cifras del resto de América, tenemos proporcionalmente menos psiquiatras (7,6%) y psicólogos (32,5%); mientras que tenemos menos personal de enfermería (6,5%) y trabajadores sociales (7,0%); y con el resto del personal sustancial tenemos más de 6.9 %

De tratado con el gobierno federal, en México, exclusivamente dos de cada 10 personas con cualquier problema o condición mental que requiere atención la obtiene y aquellas que logran ser atendidas, no siempre reciben la adecuada.

De pacto con el censo del 2020, hecho por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a lo largo del país hay un millón 590,583 personas con algún problema o condición mental. 54% hombres y 46% mujeres.

Una de las mayores dificultades para atender a estos pacientes es el mayor crecimiento de la petición de servicios en afinidad con el bajuno crecimiento en el financiamiento de importación y la escasa inversión y proceso de la investigación en esta área.

Con datos del *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030* encontramos que, a nivel mundial, el gasto anual en salud mental es de menos de \$2 dólares por persona y menos de \$0,25 dólares por persona en países de bajos ingresos, y el 67 % de estos recursos financieros se destinan a hospitales de salud mental independientes, a pesar de su conexión con la mala salud y bajos resultados humanos.

Según con un análisis realizado por el Centro de Investigación Económica y Presupuestal (CIEP), de 2013 a 2021, “México asignó, en promedio, 2.1% del presupuesto de la Secretaría de Salud a este subsector. En 2021, destinó 3,031 millones de pesos, 2.1% del total de la dependencia y representó 9.6% menos respecto del ejercido en 2013 y 0.1% menos del aprobado en 2020”. Cabe mencionar que a la fecha de escrito este trabajo no nos fue posible el saber el porcentaje o la cantidad asignada a este rubro de la salud.

## 4 ¿Qué paso durante la pandemia de COVID-19?

A finales del 2019 se dio a conocer la pandemia de COVID-19 que llego a nuestro país en marzo del 2020. En respuesta a esta situación se implementó a nivel nacional una estrategia que tenía como guía un *semáforo* que de acuerdo con el gobierno era “un sistema de monitoreo para la regulación del uso del espacio público de acuerdo con el riesgo de contagio de COVID-19.” Este contaba con cuatro colores:

- Rojo: un aislamiento total en nuestros hogares y solo se permitía salir para comprar lo estrictamente necesario.
- Naranja: disminución de una movilidad en los ciudadanos
- Amarillo: ya se podía convivir en espacios comunes bajo cierto aforo y medidas
- Verde: Ya no hay ninguna restricción de convivencia, aunque se siguen recomendando algunas medidas sanitarias.

En el nivel rojo, como se puede leer, se requería el confinamiento total de los ciudadanos limitando a un alto nivel la interacción con otras personas, su entorno e interrumpiendo las rutinas a las que cada uno estábamos acostumbrados, sumando el intenso miedo a lo que en el principio era una enfermedad mortal y para algunos, la perdida de personas cercanas debido a la misma.

Para tratar de hacer frente a las situaciones que se pudieron presentar en materia de salud mental en el 2020 se publicó “lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la



pandemia por COVID-19 en México.” Emitido por la secretaria de salud y que se encuentra disponible en los documentos de la página de internet oficial del gobierno federal.

En el documento se mencionan algunas medidas, como la capacitación sobre el tema de salud mental al personal de atención médica en general para ser la primera red de apoyo en pacientes que lo requieran y proporcionar información a los mismos sobre el cuidado de esta problemática, y en caso de considerarlo necesario, se canalicen a personal especializado en salud mental para poder darles una atención más cualificada e inmediata.

Al igual que en la página oficial del gobierno sobre Covid-19 se publicaron diversos números de instancias que incluyen hospitales psiquiátricos, para la atención de cualquier situación relacionada a alguna crisis emocional que los ciudadanos pudieran presentar. Dichos números con sus respectivas instituciones aún se encuentran disponibles en la página <https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>.

Los factores que párrafos arriba se mencionaron tuvieron un impacto en la salud emocional y mental de las personas en algunos estudios se informó que 54% personas en cuarentena debido a COVID-19 experimentaron un impacto psicológico entre - moderado y grave; El 16,5 % informó síntomas depresivos de moderados a graves: el 29 % presentó síntomas de ansiedad de moderados a graves y el 8 % niveles de estrés moderados a graves, incluso se pudo anclar que las personas reportaron un aumento de estrés, agudo,

distanciamiento, enojo, ansiedad generalizada, tristeza, ansiedad por la salud, somatización y evitación cuando: se encontraron en confinamiento (Zandifar y Badrfam, 2020), consumían bebida de forma explosiva o alguien más había ejercido abuso emocional o física en dirección a ellas, durante el período de la evento sanitario *por* COVID-19 (Morales Chainé et al., 2020).

Incluso, de acuerdo con datos obtenidos de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), en el 2020 (una vez que la pandemia había iniciado) en territorio nacional se contabilizaron ingresos a urgencias médicas por el consumo de sustancias psicoactivas que se especifican de la siguiente manera:

- 56.57% relacionados al consumo de alcohol por el sexo masculino y un ingreso de 48.83% correspondientes al sexo femenino.
- 25.82% relacionados al consumo de múltiples drogas y otras sustancias por el sexo masculino y un 23.31% en el sexo femenino.
- El consumo de cocaína fue el tercer motivo de más ingresos a urgencias en los hombres con un 4.37%, mientras que para las mujeres fue el consumo de disolventes volátiles con un 5.88%

Con estos datos tan altos respectivos a la ingesta de sustancias psicoactivas podemos observar el mermamiento de la salud emocional de la población mexicana que trato de sobrellevar la situación de confinamiento por cualquier medio que nos fuera posible, poniendo incluso en riesgo nuestra integridad física.

Siguiendo con padecimientos anclados a la salud mental, tan solo en el primer año de la pandemia de COVID-19, la incidencia mundial de ansiedad y depresión aumentó un 25 %, según un informe científico publicado

Organización Mundial de la Salud (OMS). Incluso nos mencionan que en nuestro país los ciudadanos presentaron síntomas de estrés postraumático clínicamente significativo en casi un tercio de la población.

Para desglosar un poco más los datos sobre ansiedad y depresión en nuestra población, se pudo localizar en el acervo de documentación de la OMS un estudio/informe sobre estos padecimientos. Dicho documento cuenta con la recopilación de opiniones de 123mil adolescentes y jóvenes adultos de todo el país sobre la percepción de la violencia, continuidad educativa, desigualdad, salud mental, sexual y reproductiva y solvencia económica. Información que se recolectó entre noviembre de 2020 y febrero de 2021.

A grandes rasgos se encontró la prevalencia de síntomas depresivos leves a graves entre los adolescentes del con un porcentaje de 64 %, mientras que la prevalencia de síntomas de ansiedad leves a graves fue del 57 %. Comparando mujeres y hombres adolescentes, encontramos diferencias significativas tanto en depresión como en ansiedad. Por ejemplo, el 71 % y el 65 % de las mujeres adolescentes informaron síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente, en comparación con el 56 % y el 49 % de los hombres adolescentes, respectivamente. 71% para los síntomas depresivos y 64% para los síntomas de ansiedad.

Se encontraron diferencias de género en las tasas de prevalencia de los indicadores de depresión y ansiedad. En este grupo de edad 76% mujeres, 64% hombres. Las tasas de prevalencia de los síntomas de ansiedad fueron del 71 % en mujeres y del 57 % en hombres.

Un indicador que ilustra la gravedad de la situación de los adolescentes durante

la pandemia es el ítem de la escala, en el que se pregunta a los participantes con qué frecuencia lo experimentan pensamientos autolesivos. Si de alguna manera pensaron que estarían mejor muertos. 26% de todos los adolescentes que respondieron la encuesta dijeron que habían tenido estos pensamientos al menos algunos días en las dos semanas previas a la encuesta. Un mayor porcentaje de mujeres adolescentes (30 %) en comparación con los hombres adolescentes (21 %).(Larrea et al., 2020)

Siguiendo con este hecho relacionado y que es una muestra clara al deterioro mental y emocional al que nos vimos expuestos durante esta situación sanitaria, en un panorama más general del país; se pudo observar un aumento de la conducta suicida entre diciembre de 2019 y enero de 2020.

En México se han reportado suicidios relacionados con la pandemia provocada por el Covid-19 y, en particular, con el encierro y elementos relacionados. En nuestro país, se identificaron un mayor número de personas (un porcentaje importante de hombres y adultos jóvenes e infantes). Las solicitudes de apoyo en salud mental, solicitadas directamente a la persona que lo necesita o a alguien cercano -familiar o amigo- están hechas por sentimientos de soledad y aislamiento, cambios de humor, irritabilidad, tristeza, estrés, ansiedad, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, adicciones, episodios de violencia doméstica, ruptura de relaciones de pareja, deterioro de las relaciones interpersonales, pensamientos suicidas e intentos de suicidio. (Benítez Camacho, 2021)

En 2020, el número de suicidios de niños y adolescentes de ambos sexos en el país alcanzó un récord de 1.150, representa un aumento del 12 por ciento en

comparación con 2019.

Los suicidios entre niños de 10 a 14 años, según este informe, aumentaron en un 37 por ciento; y el de las jóvenes de 15 a 19 años, un 12 por ciento.

Del mismo modo, la ideación suicida entre los adolescentes aumentó del 5,1 % al 6,9 % entre 2018 y 2020; y su comportamiento suicida del 3,9 por ciento al 6 por ciento.

Otro dato relevante que va ligado a la salud emocional es la violencia y respecto a esta en el 2020; 75.7% de las lesiones violentas ocurrieron en el hogar; en el 73,2 % de los casos, el agresor estaba relacionado con la víctima; El 81,6% de las víctimas fueron niñas y adolescentes mujeres.

En el primer semestre de 2021 se registraron 129.020 expedientes de investigación por violencia familiar en el país, un aumento del 24 por ciento en comparación con el mismo período del año pasado.

A los 65.9 por ciento de los casos, la persona responsable estaba relacionada con la víctima; El 92,8 por ciento de las víctimas fueron niñas y mujeres adolescentes. (Gutiérrez Roberto,2021)

## 5 Metodología

Una vez teniendo el contexto de esta situación en México, se continuo con la evaluación del programa implementado por parte de la actual administración de la república para atender esta situación, se analizó a manera de un análisis de diseño el Programa de Acción Especifico Salud Mental y Adicciones 2020-2024, aprobado por la secretaría de Salud. En el cual, y cito, “Presentan las acciones y estrategias programadas para poder atender, con calidad humana y respeto de los Derechos Humanos, los trastornos mentales, así como retomar la conceptualización de las adicciones como parte de los problemas de salud mental.”

Esta evaluación fue realizada mediante la aplicación de un método sistemático, cuyo objetivo es conocer el proceso desarrollado, “así como aportar elementos al proceso de toma de decisiones (reformulación), que permitan mejorar los efectos de la actividad evaluada y contribuyan a la rendición de cuentas y a la generación de ciudadanía” (Cardozo M,2013). Teniendo, así como función la generación de nueva información que pueda servir para una mejor toma de decisiones implicadas en la creación de los programas.

Uno de los puntos importantes de la evaluación es calibrar la pertinencia del programa, investigar si los rudimentos que integran el proyecto están en consonancia con las necesidades que debe cubrir, a la par que se ha de comprobar la coherencia interna entre dichos fundamentos (objetivos, contenidos, estrategias, actividades. etc.) al igual que para llegar a una mejor

decisión en respecto a la toma de decisiones públicas. Así pues, la evaluación debe ser sabida como un recurso de aprendizaje o estudio; una herramienta para mejorar el concepto de los involucrados en sus propios programas.

Esta investigación se concentró en investigar el diseño del programa, tal es el caso de, su racionalidad y coherencia, tantear la validez de objetivos claramente definidos y medibles, ahondar su correspondencia con los problemas y analizar la dialéctica del prototipo de intervención diseñado, baza de forma interna al programa como en afinidad con otras políticas y programas. Investigando para identificar hallazgos y recomendaciones a partir de la prospección de la congruencia del diseño del programa, mediante una exploración de gabinete que también contemplo – como documento complementario al programa- el diagnostico operativo de salud mental y adicciones 2022.

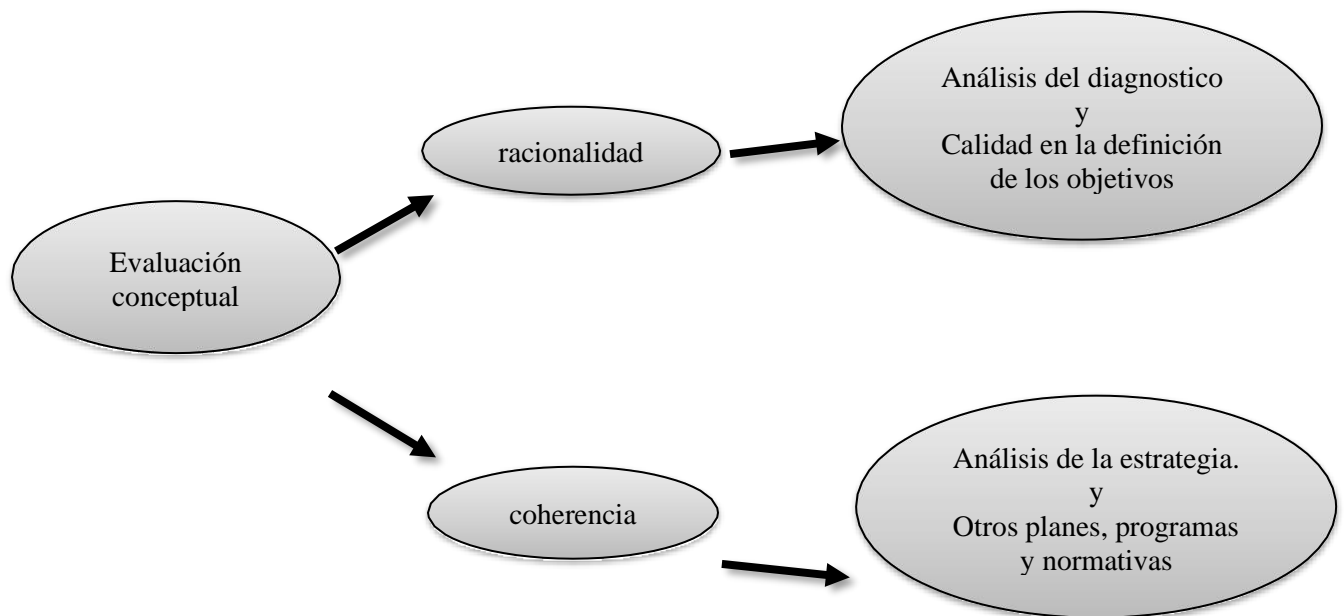
La organización de este documento y la estructura de los contenidos y los elementos metodológicos utilizados, consideran los Términos de Referencia establecidos por el CONEVAL. La evaluación se realizó mediante un análisis de gabinete desarrollado a partir de la información proporcionada por el Programa y el diagnostico ya mencionados a través de la obtención de estos documentos hechos públicos vía internet .

Lo anterior con la ayuda de La Guía para la Evaluación de Políticas Públicas escrita por José Luis Osuna y Carolina Márquez, ya que nos brinda “una recopilación sistematizada de diversos modelos de evaluación, centrada en recoger los conceptos clave y las herramientas de análisis que permitan disponer de un esquema metodológico, amplio y flexible, para ser adaptado a la evaluación

de planes y programas de intervención pública”. (Osuna, J. L., & Marquez,C,2016.)

Se optó por este texto debido a la practicidad de escritura y explicación, haciendo más digerible la información y por ende su aplicación en el presente trabajo.

El texto nos brido una forma más optima -y porque no decirlo, práctica-de hacer la evaluación, manera que se ve en la siguiente figura :



Para poder revisar si están conceptualizados los problemas, a quien afectan los mismos, si se cuenta con una cifra exacta o aproximada de la población afectada. Y si, finalmente, lo escrito en el programa responde a lo planteado en los aspectos que mencionamos antes .

A modo de complemento se tomaron algunos puntos de la descripción especifica



de esta evaluación que nos brindó CONEVAL. Quien nos menciona que este tipo de evaluación tiene como fin poder identificar algunos hallazgos y que estos permitan generar recomendaciones a partir del análisis de la congruencia del diseño del Programa, a partir de un análisis de gabinete con base en la documentación normativa del programa, así como de la información disponible del programa.

Si bien CONEVAL nos brinda todo un acervo respecto a este método de evaluación, por cuestiones de tiempo, nos es inasequible aludir a todo lo proporcionado y teniendo en cuenta que este mecanismo está hecho para programas con Reglas de Operación (y el PAE Salud Mental y Adicciones no cuenta con ellas), solo se utilizara a modo de guía para poder tener un mejor análisis. Por lo que se decidió retomar los puntos que debido a su igualdad con lo brindado en la guía de evaluación antes mencionada nos ayudó a hacer un mejor nexo entre el aspecto académico (teórico) y los instrumentos brindados por una institución dedicada a este rubro.

Los aspectos retomados son:

1. Justificación de la creación y del diseño del programa
2. Vinculación a las metas y objetivos nacionales
3. Identificar a sus poblaciones y mecanismos de atención

Cada punto anterior incluye preguntas específicas mediante un esquema binario **(SÍ/NO)** sustentando con evidencia documental y haciendo explícitos los principales argumentos empleados en el análisis.

La estructura de esta evaluación se fundamenta, en gran medida, en dar respuesta a 10 preguntas relacionadas con los aspectos mencionados anteriormente.

En cada respuesta se incluyeron, en la medida de la pesquisa disponible, los medios necesarios para elucidar los resultados obtenidos; cuando así fue necesario, se incorporaron como información al pie de página las citas que permiten una explicación específica o que dan la documentación para ahondar en el tema.

## **6 Análisis del Programa de Acción en Especifico Salud Mental y Adicciones 2020-2024.**

El Programa de Acción en Especifico Salud Metal y Adicciones (PAE) se publica en su primera versión en el 2021 y la última versión en el año en curso, esta relacionando dos aspectos en esta área tratando de interrelacionarlos en el plan de acción: trastornos mentales y adicciones. Se propone difundir el conocimiento necesario de la importancia de esta problemática para dar seguimiento a los problemas de salud mental de la población, generado por personal del área de la salud capacitado en estos temas para su difusión y en caso de ser necesario, el tratamiento; su finalidad es contribuir a mejorar la salud de los ciudadanos a nivel nacional mediante una mejor atención en temas de salud mental.

En el interés de saber cómo está diseñado el PAE, se busca obtener una idea de cómo está estructurado (por lo menos en cuestiones un tanto generales) el programa para que sea posible una retroalimentación en su diseño. Su elaboración se realizó por una investigación de gabinete con base en el análisis del Programa mismo y de otra documentación relacionada y mencionada en el programa<sup>1,2,3</sup>.

---

<sup>1</sup> Diagnostico Operativo de Salud mental y adicciones

<sup>2</sup> Programa Sectorial de Salud 2020-2024

<sup>3</sup> Plan Nacional de desarrollo 2019-2024

El Programa en mención presenta la política nacional para la atención y prevención en materia de Salud Mental y adicciones, con una fecha de publicación el 8 de abril del 2022 con vigencia del 2020-2024

En el resumen de este documento nos enuncian que este programa de acción en específico de Salud Mental y adicciones presenta las acciones y estrategias programadas para poder atender con calidad humana y respeto de los Derechos Humanos las condiciones de Salud Mental. Integrando la conceptualización de qué las adicciones son parte de las condiciones de Salud Mental.

Se elaboro bajo el fundamento jurídico de la Ley General de Salud, el Plan Nacional de desarrollo (PND) 2019-2024 y el Programa Sectorial de Salud 2020-2024,Contando con la autorización de publicación del Dr. Hugo López-Gatell Ramírez actual Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud.

A complemento de lo anterior, también se encuentra en relación al Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3. De Salud y Bienestar que menciona la garantía de una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

El Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024 se encuentra vinculado con el principio de la preparación de la Táctica Nacional de Prevención de Adicciones que busca dar servicios de Salud para toda la población, al disponer de una vasta red de atención incorporada por 320 Unidades Médicas Especializadas Centros de Atención Primaria en Adicciones y unidades operativas de los Centros de Incorporación Juvenil, a los cuales se estarán incorporando los Centros de Atención Rural para Jóvenes del Programa IMSS-Bienestar.

Además, está en correlación con el principio de la preparación de la Táctica Nacional para la Prevención del Suicidio en México; en el entorno de la reestructuración del sistema de salud en México, especialmente en el sector de la salud psicológica, y tomando en cuenta que, uno de los más importantes inconvenientes de salud psicológica en el territorio está establecido el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PNPS).

En el documento a evaluar lejos de mencionar el problema central por el cual se crea el mismo, nos habla de las carencias de atención a la salud mental; mencionando una debilidad de la capacidad rectora nacional de la salud mental, que se enfoca en un modelo de atención basada en hospitales psiquiátricos y villas de transición. Este modelo de atención involucra 3 instituciones (SAP, STCONSAME y CONADIC), según con lo escrito en el programa, ninguna cubre integralmente las funciones rectoras necesarias, tales como conducción sectorial, regulación y normas, financiamiento, prestación de servicios y salud pública. Teniendo como consecuencia la segmentación institucional de la política y regulación de la de la salubridad psicológica y las adicciones. Dicen que el hincapié debería residir en la Atención Primaria en Salud (APS) e iniciar en éste, incorporarse en el segundo y tercer grado no especializado, por medio de la anexión de camas para hospitalización psiquiátrica, así como programas eficientes de referencia y contrarreferencia que integre al tercer nivel especializado.

El programa nos ofrece un objetivo que enuncia lo siguiente “Mejorar el bienestar mental de la población, a través de servicios de salud mental oportunos, continuos

y de calidad basados en la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I), con efectividad, eficiencia y equidad, para reducir la morbilidad, mortalidad y la discapacidad atribuida a los trastornos mentales y el consumo de sustancias” y tres objetivos específicos -en el programa mencionados como prioritarios: “1. Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible a la línea de la vida; 2. Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud y 3. Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones” . Cada uno de los anteriores cuenta con estrategias prioritarias que a su vez derivan en acciones puntuales.

Si bien en el documento no se cuenta con una adecuada identificación y cuantificación de la población a la que va dirigido el programa. Aunque por la naturaleza de su tema y realización podría sobre entenderse que va dirigido a la población en general en territorio nacional haciendo énfasis en la prevención temprana de adicciones al igual que la detección primaria de cualquier trastorno mental en cualquier ciudadano sin hacer focalización en algún sector en específico ya que va referido principalmente a los institutos y hospitales dependientes de las Redes integradas de Servicios de Salud.

## 7 Análisis de Diseño.

### 7.1 Justificación de la creación y del diseño del programa

“Con base en la identificación que la dependencia, entidad y/o la unidad responsable del programa hayan realizado del problema o necesidad que se espera resolver con la ejecución del programa se debe realizar un análisis que permita contestar las siguientes preguntas:

P1: ¿El problema o necesidad prioritaria que busca resolver el programa está identificado en un documento que cuenta con la siguiente información? :

- a) El problema o necesidad se formula como un hecho negativo o como una situación que puede ser revertida.
- b) Se define la población que tiene el problema o necesidad.
- c) Se define el plazo para su revisión y su actualización.”

(CONEVAL,2021)

#### **Respuesta: Si**

El programa tiene identificado el problema o necesidad que busca resolver, pero el problema no cumple con las características establecidas en la pregunta.

Con base en la información recabada en el programa , se considera que el problema al que va encaminado el programa se encuentra superficialmente mencionado señalado y, pero no menciona a la población que va dirigido.

El programa nos menciona que “en la actualidad, los recursos económicos, humanos y materiales disponibles para la atención de la salud mental no son

suficientes y se encuentran mal distribuidos,” y que esto causa una brecha entre el número de personas con trastornos mentales que necesitan tratamiento y el número de personas que lo reciben, se identifica un limitado planteamiento de las causas y los efectos que esta problemática condiciona. Debe considerarse que la determinación de las causas y efectos del problema debe incluir el concepto amplio de la investigación sobre lo referido a la salud mental.

Cabe mencionar que al hacer revisión de otro documento<sup>4</sup> al cual no se le hace mención alguna en el programa, pudimos algunos datos respecto a esta aseveración. El diagnóstico nos dice que la disponibilidad de recursos en salud mental y adicciones es inadecuada y mal distribuida en los diferentes estados del país. Las secretarías de salud federal y estatal tienen baja disponibilidad de recursos y bajo acceso a los servicios, lo cual es más notorio cuando tienen que atender un problema que afecta a una quinta parte de la población. Por ejemplo, al observar los datos del Departamento de Salud, servicios de salud mental y adicciones representan solo el 2,7 % de los centros de atención primaria, el 4,8 % de las clínicas y el 6.5% las camas censables. En cuanto a la fuerza laboral de salud, hay 3,1% trabajadores de la salud, 1,8% médicos especialistas, 6,5% enfermeras y 3.7% Residentes de especialidades médicas. También para el acceso a los servicios, si observamos que, del total de consultas externas otorgadas en el país, solo el 1.9% están relacionadas con salud mental y adicciones, 81.8 consultas se otorgan en unidades de primer nivel, mientras que en salud mental y Adicciones 43.0% se otorgan en CAPA y CISAME y el 57.0% restante en hospitales

---

<sup>4</sup> Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones



psiquiátricos (Varela et las/f)

Lo anterior, aunque no mencionado ni remotamente en el programa, nos ayuda a tener una mejor comprensión respecto a porque es que no existen suficientes recursos -economicos,humanos y materiales- “disponibles” al igual de porque no se consideran “suficientes” dichos recursos.

“P2:Existe un diagnóstico del problema que atiende el programa que describa de manera específica:

- a) Causas, efectos y características del problema.
  - b) Cuantificación y características de la población que presenta el problema.
  - c) Ubicación territorial de la población que presenta el problema.
  - d) El plazo para la revisión y actualización del diagnóstico.”
- (CONEVAL,2021)

**Respuesta: Si**

Con base al documento revisado se pudo verificar que no hay de forma expresa un diagnóstico referido y elaborado que se le dé mención en el PAE Salud Mental.

Sin embargo, en la búsqueda de información se encontraron el diagnóstico operativo de salud mental y adicciones, con fecha del 2022, si bien el diagnóstico fue encontrado, no cumple con las características establecidas en la pregunta.

Dicho documento refiere lo siguiente:

... De los diversos estudios sobre prevalencia de trastornos mentales y adicciones, uno se presenta con el 19,9% de la población. Considerando la población total de México, se esperaría que 24.8 millones de personas en el país sufrieran algún trastorno mental cada año; Para la población no elegible para el Seguro Social, se estima que 13,5 millones de personas tendrían algún trastorno, de los cuales 3.5 millones corresponderían a trastornos graves o severos, este número significa que el 5,1% de la población no elegible tiene un trastorno grave. Teniendo con más

frecuencia la depresión en 5.3% de la población, seguido por alcoholismo en 3.3% y el 2,5% obsesivo-compulsivo. En cuanto a la brecha de atención o tratamiento, en promedio 81.4 personas no están recibiendo la atención adecuada, por tipo esta brecha tiene la brecha más grande en personas con trastorno de ansiedad con un 85.9%, seguido de 83.7 en trastorno de ansiedad social, 76.6 % Consumo de alcohol, 73.9% depresión, 73,6% trastorno maníaco y con menos brecha 70,1% por trastorno de pánico. (Varela et al., s/f).

Existen 434 instituciones psiquiátricas y de adicciones de la Secretaría de Salud Federal y Estatal a nivel nacional, 8 menos que el año anterior (pérdida por daño estructural, traslado de establecimiento o falta de personal), la mayoría de las cuales corresponden a los hospitales de adicciones con 77.2 % (335), los centros psicológicos con 15,0% (65) y las clínicas psiquiátricas con 7,8% (34). Comparando el total de este tipo de establecimientos con los 15.637 consultorios de atención primaria o ambulatoria del país, se estima que solo 2.7% brinda apoyo para la salud mental y las adicciones; mientras que los hospitales psiquiátricos suman un total de 4.1% hospitales (816)... (Varela et al., s/f).

Lo anterior aunado a la existencia de diversos planteamientos que, con base en el análisis conjunto, permiten inferir la problemática que busca atender el Programa. Estos planteamientos mencionados en el PAE, entre otros señalamientos se infieren como principales causas: 1) la falta de atención de la salud mental a primer nivel ; 2) [según lo inferido en el programa] la poca alineación de tratamiento con los derechos humanos; 3) Segmentación institucional de la política de la salud mental y adicciones.; 4) Insuficiencia de recursos humanos capacitados e infraestructura en APS-I y brecha de atención. 5) Desvinculación operativa de la

salud mental y la comorbilidad crónico degenerativa.; 6) Falta de reconocimiento y tratamiento de la patología dual. y, 7) poca investigación y práctica basada en evidencias., entre otras razones referidas.

Es claro que las causas señaladas como diagnóstico del problema que se busca atender con este programa pueden ser suficientes para dar sustento a su razón de ser.

Sería importante realizar los destronamientos para integrar el diagnóstico correspondiente, tomando en cuenta los elementos ya identificados en los documentos existentes y esencialmente definir y cuantificar las poblaciones potenciales, objetivo y atendidas del programa y precisar sus principales características y escala.

“P3: ¿Existe justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa lleva a cabo?” (CONEVAL,2021)

**Respuesta: SI**

El programa cuenta con una justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención que el programa quiere llevar a cabo.

Como se mencionó en la pregunta anterior, la PAE tiene un diagnóstico operativo; En este contexto, puede interpretarse que, desde el punto de vista legal, la justificación de las medidas y objetivos previstos en el programa se fundamenta en:

- La Ley General de Salud <sup>5</sup>, que El artículo 72 establece: “La salud mental y la prevención de drogas será una prioridad en la política de salud y deberá brindarse de conformidad con lo dispuesto en la Constitución y los tratados internacionales de derechos humanos. El Estado garantizará el acceso universal, equitativo y equitativo a la atención de salud mental y adicciones de las personas dentro de su territorio. “y “72 bis.[...]La atención en salud mental debe ser brindada con un enfoque comunitario, convaleciente y estricta en el respeto de los derechos humanos de los usuarios de estos servicios, se brindan bajo los principios de interculturalidad,interdisciplinariedad,integralidad,intersectorialidad,perspectiva de género y participación social ”.

---

<sup>5</sup> DOF.Ley General de Salud. Publicada en DOF con Última reforma el 16 de mayo del 2022.

- La función establecida para lo anterior, toma su acción a lo que refiere “ Art.74. Acceder a y a garantizar la continuidad de la atención en salud mental y adicciones, se debe contar con recursos ambulatorios de atención primaria y servicios psiquiátricos en hospitales generales, hospitales regionales de alta especialidad e institutos nacionales de salud[...] y los actuales hospitales psiquiátricos deben, paulatinamente, convertirse en centros de atención ambulatoria o generales hospitales dentro de la red integrada de servicios de salud”.

Los decretos anteriores responden a los objetivos 1 y 2 del plan sectorial de salud: "Garantizar los servicios públicos de salud para toda la población que al no tener seguridad social tendrá acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como a los exámenes médicos y al suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de suministros de salud . Así como incrementar la eficiencia, eficacia y calidad en los procesos del sistema federal de salud de acuerdo con una atención pública integral en salud y asistencia social que asegure los principios de participación social, competencia profesional, calidad médica, pertinencia cultural y no discriminación, trato digno y humano.

Los escritos que mencionamos permiten hacer una probanza sobre las acciones que pretende proporcionar el Programa.

## 7.2 Vinculación a las metas y objetivos nacionales

P4: “El Propósito del programa está vinculado con los objetivos del programa sectorial, especial o institucional considerando que:

- a) Existen conceptos comunes entre el Propósito y los objetivos del programa sectorial, especial o institucional, por ejemplo: población objetivo.
- b) El logro del Propósito aporta al cumplimiento de alguna(s) de la(s) meta(s) de alguno(s) de los objetivos del programa sectorial, especial o institucional.” (CONEVAL,2021)

### **Respuesta: SI**

El programa cuenta con un documento en el que se establece la relación del Propósito con los objetivos(s) del programa sectorial, especial o institucional y es posible determinar vinculación con uno de los aspectos establecidos en la pregunta.

#### a) Análisis de la vinculación

El programa de mediano plazo que sirve como referencia para analizar la vinculación del PAE Salud Mental y Adicciones es el Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Para analizar dicha relación, se toma como referencia el Fin y el Propósito inferidos en el análisis del Programa. Se identifica que el Fin se relaciona de forma directa con el primer objetivo del PSS que establece “ Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población ...”; de forma implícita se observa que el Propósito contribuye

con la disponibilidad que coadyuva al objetivo sectorial quinto que plantea “Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades...”. De igual manera se identifica que el propósito al que podría ir encaminado el PAE se relaciona de forma explícita con la Estrategia prioritaria 2.1 del PSS que refiere “Instrumentar un nuevo modelo de Atención Primaria de Salud Integral APS-I, para incrementar la capacidad resolutive en el primer nivel de atención y garantizar el acceso oportuno de la población a los servicios de salud.”, en la cual se considera la identificación de los problemas comunes de salud para la prevención, detección oportuna y tratamiento en el primer nivel de atención de cada comunidad.

b) Análisis de la contribución

Para analizar la contribución del PAE al PSS se considera la siguiente relación: El Programa tiene como el mejorar el bienestar mental de la población, a través de servicios de salud mental oportunos, continuos y de calidad basados en la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I)[...]; esto significa que, si la atención a la salud mental es temprana, permitirían contar con mejores tratamientos a primer nivel y, en consecuencia, la mejoría de las tasas de morbilidad e incluso de mortalidad. Estos dos grandes resultados significan que existe una contribución directa para mejorar las condiciones de salud mental de la población. Al cumplirse esta relación se entiende claramente la contribución del PAE al objetivo estratégico referido del PSS.



P5: "¿Con cuáles metas y objetivos, así como estrategias transversales del Plan Nacional de Desarrollo vigente está vinculado el objetivo sectorial, especial o institucional relacionado con el programa?" (CONEVAL,2021)

**Respuesta:** Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y Programa Sectorial de Salud 2020-2024

El Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones 2020-2024 contribuye directamente al cumplimiento del Objetivo 2 del Plan Nacional de Desarrollo en Política Social al pretender desde la garantía del empleo, la educación, la salud y el bienestar, proyectos de ampliación de la infraestructura Promover servicios de salud para prevenir y atender oportunamente a personas con trastornos mentales, usuarios y no usuarios de sustancias psicotrópicas... Jóvenes con servicios de tratamiento y reducción de daños del uso de sustancias psicoactivas, mientras que la población en general puede recibir servicios de prevención y atención integral a través del seguro INSABI.

El programa contribuirá significativamente al cumplimiento de la Meta 5 del Programa del Sector Salud 2020-2024 al reformular el control de drogas ya que refleja el cambio de paradigma prohibicionista en cuestión de narcóticos para continuar y mejorar la prestación de servicios de tratamiento, y ahora está agregando estrategias de reducción de daños para las personas que usan drogas de su propia elección o porque no pueden dejar de usarlas y buscan obtener el máximo beneficio con el mínimo daño a la salud.

### 7.3 Identificar a sus poblaciones y mecanismos de atención

“Definiciones de población potencial, objetivo y atendida

Se entenderá por *población potencial* a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.

Se entenderá por *población objetivo* a la población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.

Se entenderá por *población atendida* a la población beneficiada por el programa en un ejercicio fiscal.

#### Población potencial y objetivo

P6: Las poblaciones, potencial y objetivo, están definidas en documentos oficiales y/o en el diagnóstico del problema y cuentan con la siguiente información y características:

- a) Tienen una misma unidad de medida.
- b) Están cuantificadas.
- c) Metodología para su cuantificación y fuentes de información.
- d) Se define un plazo para su revisión y actualización.”

(CONEVAL,2021)

**Respuesta: No**

Con base en la normativa revisada -Diagnósticos operativos y el programa mismo- pudo constatar que no se disponía de una definición formal de la población potencial (que presenta el problema y/o necesidad que busca resolver el Programa) que pudiera ser elegible para su atención, ni de la población objetivo que se tiene planeado atender en un periodo definido.

Aunque el Diagnostico menciona una cuantificación de la población con padecimientos mentales, con derechohabientica y sin ella, no se cuenta con información sobre sus principales características. De igual forma no se obtuvo información sobre el tamaño y características de las poblaciones potencial y objetivo.

P7:”¿El programa cuenta con información sistematizada que permite conocer la demanda total de apoyos y las características de los solicitantes? (socioeconómicas en el caso de personas físicas y específicas en el caso de personas morales u otras)” (CONEVAL,2021)

**Respuesta: No**

Como ya se mencionó en la respuesta anterior el PAE no tiene una definición adecuada de las poblaciones potencial y objetivo establecidas de forma oficial; en este contexto no es posible interpretarse que la justificación de que los apoyos o acciones que pretende dar el programa se dirijan a dar atención a las poblaciones específicas. Aunque con el análisis hasta hecho y lo dicho en los documentos revisados<sup>6,7</sup> se podría inferir que el programa va dirigido a la población en general sin hacer distinción alguna, para poder hacer una temprana detección de algún padecimiento mental y darle temprano tratamiento. Al igual que brindar una mejor atención a los ya pacientes psiquiátricos. Podría colegir que ciertas acciones vana encaminadas al personal de salud con el fin de capacitarlos y estos puedan brindar una pertinente atención ante ciertos signos sobre patologías relacionadas con la salud mental.

---

<sup>6</sup> Programa Sectorial de Salud 2020-2024

<sup>7</sup> Diagnostico operativo de Salud mental y Adicciones

P8: “¿El programa cuenta con mecanismos para identificar su población objetivo? En caso de contar con estos, especifique cuáles y qué información utiliza para hacerlo.” (CONEVAL,2021)

#### **7.3.1.1 Respuesta: No**

El PAE al igual que el diagnóstico tienen la faltante en cuestión de identificación de cualquiera de sus poblaciones (ver pregunta 6 ). Tampoco nos brindan algún tipo de instrumento para poder hacer su adecuada identificación.

Aun que ,a juzgar por el objetivo general que nos menciona el programa “Mejorar el bienestar mental de la población, a través de servicios de salud mental oportunos, continuos y de calidad basados en la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I), con efectividad, eficiencia y equidad, para reducir la morbilidad, mortalidad y la discapacidad atribuida a los trastornos mentales y el consumo de sustancias” y su ambigüedad en el término ‘población’ se podría creer que se refiere al público en general sin algún énfasis.

P9: “El programa cuenta con una estrategia de cobertura documentada para atender a su población objetivo con las siguientes características:

- a) Incluye la definición de la población objetivo.
  - b) Especifica metas de cobertura anual.
  - c) Abarca un horizonte de mediano y largo plazo.
  - d) Es congruente con el diseño y el diagnóstico del programa.”
- (CONEVAL,2021)

**Respuesta: Si**

El programa nos ofrece un objetivo general, tres objetivos específicos seguidos de estrategias prioritarias que a su vez derivan en acciones puntuales. También el diagnóstico operativo al final nos ofrece una serie de estrategias que pretenden seguir en relación a la salud mental.

Como ya mencionamos en la pregunta 7 y la pregunta 6 no se cuenta con una adecuada definición de las poblaciones y sus características por lo que una apresurada identificación (incluso a modo de suposición) resultaría difusa y no exacta.

Con respecto a las acciones a seguir mencionadas en el PAE<sup>8</sup> tampoco se mencionan explícitamente a la población a la que van dirigidas, aunque en algunas de estas acciones que describe el programa se podría hacer una inferencia -debido a la descripción de estas mismas- respecto a quienes van encaminadas. Lo mismo cuenta con las estrategias que menciona el diagnóstico operativo.

---

<sup>8</sup> Apartado VIII. Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales

Respecto a las características del inciso b y c, ninguno de los dos documentos cuenta con alguna referencia en cuestión de temporalidad o especificación territorial en la que se llevaran a cabo las estrategias y tampoco la medición de estas. Aunque podría entenderse, como se ha mencionado en preguntas anteriores, que este no cuenta con esta distinción de población debido a su vinculación con el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 que busca la atención en cuestiones de salud en población en general en todo el país sin hacer distinción alguna. Teniendo en claro lo anterior, el PAE bien podría tener las mismas intenciones de atención dirigidas al público en general, pero haciendo énfasis en la detección y atención temprana de trastornos mentales y adicciones.

Sin en cambio las estrategias que ambas documentaciones menciona si tiene correlación entre sí y ambas van orientada a cumplir los objetivos que se establecieron en el programa.

Todas las estrategias en conjunto buscan una mejor unión y coordinación con las instituciones de salud ya establecidas para la mejor y continua atención de las personas con algún trastorno mental y/o adicciones. Se menciona también la capacitación para el personal de la salud con el fin que tengan (por lo menos) un conocimiento básico sobre el tema. A nivel institucional gubernamental se habla de hacer más investigaciones respecto a lo relacionado con la salud mental para así implementar o mejorar las políticas en materia de salud mental y adicciones, y a su vez poder mejorar las estrategias gubernamentales que se llevan a cabo para la prevención, difusión y tratamiento en esta materia, incluyendo a las comunidades en general.

P10: "Los procedimientos del programa para la selección de beneficiarios y/o proyectos tienen las siguientes características:

- a) Incluyen criterios de elegibilidad claramente especificados, es decir, no existe ambigüedad en su redacción.
- b) Están estandarizados, es decir, son utilizados por todas las instancias ejecutoras.
- c) Están sistematizados.
- d) Están difundidos públicamente.
- e) Son congruentes con los criterios establecidos para seleccionar a la población objetivo." (CONEVAL,2021)

**Respuesta: No aplica.**

El programa no cuenta con reglas de operación. Y no consiste en la entrega de apoyos a manera de algún tipo de subsidio (monetarios o en especie).

Este consiste, grosso modo, a mejorar la atención en cuestión de salud mental a primer nivel de atención. Con el fin de dar temprano tratamiento y/o prevenir trastornos que afectan a la SM.

Suponiendo que pretende aplicar a nivel nacional y al público en general.



## 8 Conclusiones

Según con los resultados logrados en las secciones anteriores de esta evaluación se estima que el diseño del Programa, como está reflejado en los documentos normativos proporcionados revisados y anteriormente mencionados durante la evaluación, permite tener una idea-sobre entendida-respecto al propósito del programa, ya que no está explícitamente indicado en el mismo. Entre las principales oportunidades de mejora se pueden observar:

1. La precisión en el problema que busca resolver el PAE y la mejor identificación de un diagnóstico claro y conciso que sustente la razón de ser del Programa.
2. La indicación de las poblaciones potencial y objetivo del Programa en relación a su cuantificación, incluyendo la construcción de sus principales características.
3. El complementar la normativa que aplica al Programa .
4. El analizar la formulación y mejor justificación de la política nacional o institucional en materia de salud mental.

Todos estos elementos han sido mencionados en las respuestas a las diferentes.

<b>Tema analizado</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Preguntas de referencia</b>
<b>1. Justificación de la creación y del diseño del programa</b>	<p>El programa no ha presentado expresa o con un mínimo señalamiento un diagnóstico integral que proporcione información para identificar el problema que está tratando de resolver</p>	<p>Pregunta 1</p> <p>Pregunta 2</p> <p>Pregunta 3</p>
<b>2. Vinculación a las metas y objetivos nacionales</b>	<p>Existe consistencia entre el PAE, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 y el Plan Nacional de Desarrollo lo que da sustento a las acciones emprendidas.</p>	<p>Pregunta 4</p> <p>Pregunta 5</p>
<b>3. Identificar a sus poblaciones y mecanismos de atención</b>	<p>No se encontró evidencia de que se cuente con información sobre la cuantificación y/o definiciones de las poblaciones potencial y objetivo.</p> <p>Tampoco se encontró testificación de que se cuente con informes sistematizados para saber las</p>	<p>Pregunta 6</p> <p>Pregunta 7</p> <p>Pregunta 8</p> <p>Pregunta 9</p> <p>Pregunta 10</p>

	características específicas de los beneficiados, o con qué frecuencia se obtiene esta información.	
--	--	--

De este modo con todos los datos anteriormente analizados, el Programa Específico de Acción en Salud Mental de la de Salud en coordinación con otras instituciones se llevará a cabo a través de la actuación de los Centros de Atención Primaria, Hospitales Generales y otros como la Unidad Médica Especializada Centro de Atención Primaria en Adicciones Tratamiento o Centro Integral de Salud Mental (UNEME-CAPA o UNEME-CISAME), ejecutores integrados por los sistemas nacionales de salud y los hospitales federales de referencia y alta especialidad en México, tiene algunos aspectos (de manera primaria e introductoria) a mejorar o a especificar. Aspecto que resulta importante ya que uno de los elementos que no podemos pasar por alto son los diversos servicios de salud mental del país que tienen grandes desafíos que enfrentar, entre ellos la atención primaria que ha estado prácticamente abandonada desde que esta uno de los mayores desafíos que enfrenta el sistema de salud mental en el país y que este programa se propone abordar.

Es importante mencionar que todo lo relacionado con carácter presupuestal respectivo al programa no es conocido, por lo que es recomendable conocer por lo menos el presupuesto asignado a las acciones de este programa. Punto que se

suma a las prioridades a atender ya que nos habla de poca transparencia gubernamental, pero no solo se trata de saber cifras numéricas sino, para reducir la brecha entre la carga que representa los trastornos mentales y el presupuesto destinado a su atención, se requiere un mayor presupuesto y un uso más específico y pensado de los recursos, considerando el primer nivel como eje de la atención sin descuidar a los otros tres niveles que igualmente tienen un papel importante en esta materia de salud.

Otro punto importante es dotar al programa de un diagnóstico global que permita una definición clara y completa del problema que se busca o se plantea con su ejecución resolver (la mejor asignación de recursos en salud mental, es decir, reducir las tasas de ingresos en hospitales psiquiátricos o lo que sea que se esté abordando) y cuáles serían las herramientas más apropiadas y disponibles para tal enfoque. Identificar el estado actual de la investigación en este campo en México y definir hacia dónde debe o debe dirigirse en el corto, mediano y largo plazo y, en esencia, identificar el volumen de recursos necesarios para ello.

Realizar los procedimientos de integración del diagnóstico, teniendo en cuenta los elementos identificados e indicando la población objetivo, sus características y tamaño, así como las necesidades institucionales relacionadas con la investigación en salud mental. Difundir en un documento las poblaciones potenciales y objetivo y las bases para su cuantificación. Es necesario tener establecidas pautas o procedimientos para recopilar la información de los sistemas o para actualizar y así realizar datos comprobables y actualizados de la lista de beneficiarios.

Del mismo modo, se debe analizar el alcance de la población potencial, objetivo y

atendida de este tipo de programas, midiendo no sólo su tamaño, distribución por unidades ejecutoras y características socioeconómicas, sino construyendo un Sistema nominal que permita su constante actualización y la identificación de las diferencias entre las poblaciones atendidas y las destinatarias, permitiendo promover un mayor desarrollo de la investigación y la dimensión de las inversiones a realizar. Dentro de este aspecto de también es necesario aumentar la cantidad de especialistas y señalarlos en medida cuantificables y calificables, capacitar regularmente a empleados en los primeros niveles integrándolos a programas que vayan focalizados en sus niveles de atención y no de manera generalizada.

Un problema inherente a la salud mental es la pobreza y el poco acceso a la atención de este sector , donde la presencia de estos trastornos obliga a los afectados a ignorar las señales-incluso por desconocimiento-de un problema mental.

La salud mental de una persona está determinada por factores internos y externos que no siempre están dentro de nuestro control; es demasiado importante a nivel personal, social y con una carga funcional orgánica relevante como para que nuestro sistema gubernamental no la tome en cuenta. Debe entenderse como un derecho humano, al igual que la salud física, y como tal no debe entenderse en un conjunto de generalidades en nuestra legislación.

Se ha dicho que casi la mitad de los trastornos que afectan la lozanía mental comienza antes de los 16 años por lo que las estrategias de profilaxis de este tema deben diseñarse y dirigirse a los diversos grupos de la comunidad de pacto con las etapas del desarrollo, pues en cada una se presentan patologías con características

que demandan acciones diversas. Las personas dentro del grupo afectado por estas comorbilidades requieren intervenciones de sanidad temprana integrales, con encuadre psicosocial para evitar llegar a un internamiento y e incluso prevenir, en manera de lo posible, la medicación. Todo esto de la mano de la premisa básica del moralidad pleno a sus derechos, el estado tiene el encargo de defender y atender a las personas con algún a problemática mental , no nada más con manta médica en instituciones de salud, sino con apoyo social, económico, reinserción social y laboral; también ha de promover información respecto al tema con el fin de evitar de la discriminación, el estigma, la violencia, el maltrato, y de las restricciones en el ejercicio de sus derechos civiles y políticos

Finalmente, si queremos tener una mejora, es el momento de emprender evaluaciones antes, durante y después de la implementación de estos programas para conocer las intervenciones que han funcionado, las que no han funcionado y cómo se pueden mejorar para conocer la nueva realidad de atención en salud mental en el país, como resultado se puede crear o mejorar programas de atención más efectivos.

## 9 Bibliografía

(S/f). Gob.mx. Recuperado el 25 de octubre de 2022, de [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamientos\\_Salud\\_Mental\\_COVID-19.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamientos_Salud_Mental_COVID-19.pdf)

(S/f-a). Gob.mx. Recuperado el 02 de Febrero de 2022, de <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/dir/dps/DPS-ISS-03-05.pdf>

(S/f-b). Gob.mx. Recuperado el 14 de mayo de 2022, de <http://repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5406/sm010104.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(S/f-b). Org.mx. Recuperado el 10 de agosto de 2022, de <https://lopezobrador.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2019-2024.pdf>

(S/f-c). Gob.mx. Recuperado el 10 de agosto de 2022, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE\\_CONASAMA\\_28\\_04\\_22.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf)

(S/f-c). Saludpublica.mx. Recuperado el 14 de mayo de 2022, de [https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/134/127/190?\\_cf\\_chl=tk=Oxa](https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/134/127/190?_cf_chl=tk=Oxa)

[Bj.ZV40qA3hTqwsW3rfeh9rlA78nEia6NBzPO6Ho-1652488221-0-gaNycGzNCSU](https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.01)

(S/f-e). Gob.mx. Recuperado el 15 de mayo de 2022, de

[https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5203743&fecha=05/08/2011#:~:text=Art%C3%ADculo%2072.,comportamiento%20es%20de%20car%C3%A1cter%20prioritario.](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5203743&fecha=05/08/2011#:~:text=Art%C3%ADculo%2072.,comportamiento%20es%20de%20car%C3%A1cter%20prioritario.)

(S/f-f). Cepal.org. Recuperado el 15 de mayo de 2022, de

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46795/1/S2100039\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46795/1/S2100039_es.pdf)

Aumentan suicidios en niñez y adolescencia durante la pandemia. (2021, septiembre 13). *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/aumentan-suicidios-en-ninez-y-adolescencia-durante-la-pandemia/>

Benassini, O. (1997). Atención en salud mental regionalización y reorientación en el marco de la descentralización de servicios de salud en México. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, Recuperado el 22 Mayo de 2022.

[http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/668](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/668)

Benítez Camacho, E. (2021). Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Revista de Medicina y Ética*, Recuperado el 10 de octubre del 2022 de <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.01>



Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., & Galván-Reyes, J. (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. *Salud publica de Mexico*, Recuperado el 02 Julio 2022, de <https://doi.org/10.21149/8673>

Caraveo A, J. J., Espinosa, M. G., Hernández, G. S., & Ruelas, E. G. (1995). Encuesta nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/570](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/570)

Comisión Nacional contra las Adicciones. (s/f). *MORBILIDAD ASOCIADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS*. gob.mx. Recuperado el 26 de octubre de 2022, de <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/morbilidad-asociada-al-consumo-de-sustancias-psicoactivas-315791>

CONEVAL. (2019, 22 abril). CONEVAL. Recuperado 25 de julio de 2022, de [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/MDE/Paginas/Evaluaciones\\_Disenos.aspx](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/MDE/Paginas/Evaluaciones_Disenos.aspx)

De Salud, L. (s.f.). *LEY DE SALUD MENTAL DEL DISTRITO FEDERAL*. Gob.Mx. Recuperado el 19 de enero del 2022, from <http://www.aldf.gob.mx/archivo-2b00f46641b3fa38c97453e24b3f8468.pdf>

Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, M. E., Berenzon-Gorn, S., Robles-García, R., & Madrigal-de León, E. Á. (2020). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud publica de Mexico*, Recuperado el 15 de mayo de 2022 de <https://doi.org/10.21149/10323>

DOF - *Diario Oficial de la Federación*. (S.F.). Gob.mx. Recuperado el 01 de febrero 2022, from [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php%3Fcodigo=667135%26fecha=21/07/2004](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php%3Fcodigo=667135%26fecha=21/07/2004)

DOF - *Diario Oficial de la Federación*. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 17 de agosto de 2022, de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17%2F08%2F2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17%2F08%2F2020)

DOF - *Diario Oficial de la Federación*. (s/f-b). Gob.mx. Recuperado el 25 de junio de 2022, de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022)

*Fundación e Historia*. (2020, July 28). Org.mx; Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. Recuperado el 15 de mayo de 2022 de <https://psiquiabrasapm.org.mx/fundacion-e-historia/>

Guerrero, A. L., & Méndez, J. S. M. (s/f). *Presupuesto para salud mental: Relevancia ante la Covid19*. Ciep.mx. Recuperado el 21 de Julio de 2022, de <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-relevancia-ante-la-covid19/>

*Guía para la Evaluación de Políticas Públicas*. (2016,). Coeval. Recuperado el 22 de julio de 2022 en <https://coeval.morelos.gob.mx/Acervo-Bibliografico/Libro-GuiaEvaluacionPoliticasyPublicas>

*IESM-OMS INFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN MÉXICO*. (2011). <https://www.alfepsi.org/informe-oms-sobre-la-salud-mental-en-mexico/>

información recuperada de documento de word proporcionado por la pagina

Larrea, S., Nevárez, R., Vieitez, I., Gutiérrez, J. P., López, L., Misunas, C., Haberland, N., & Ngo, T. (2020). *Violence Outcomes in COVID-19 EPOCH Study (VOCES): A cohort study with adolescents and young adults in Mexico* [Data set]. Harvard Dataverse.

*Mental Health ATLAS 2020*. (2021, octubre 8). Who.int; World Health Organization. Recuperado el 10 de agosto del 2022 de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>

Mexico, S. (6 de Diciembre 2021). *Código 100 (PNPS)*. YouTube. Recuperado el 21 de Julio de 2022 de [https://www.youtube.com/watch?v=z\\_iAQGp75L4](https://www.youtube.com/watch?v=z_iAQGp75L4)

Morales Chainé, S., López Montoya, A., Bosch Maldonado, A., Beristain Aguirre, A., Robles García, R., López Rosales, F., & Fernández-Cáceres, C. (2020). Condiciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Revista internacional de investigación en adicciones*, Recuperado el 10 de octubre de 2022 del <https://doi.org/10.28931/riiad.2020.2.03>

Online, T.-T. P. (2020, 5 julio). *¿Qué es la salud mental y cómo podemos cuidarla?* Psicología y mente. Recuperado 10 de julio de 2020, de <https://psicologiymente.com/clinica/que-es-salud-mental-como-podemos-cuidarla>

*Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030*. (2021, 21 de septiembre). Who int; Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de agosto del 2022 de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

Rodríguez, R. G. (2021, septiembre 9). *Prevención del suicidio y código 100*. Cabaret Itinerante. Recuperado el 21 de Julio de 2022 de <https://www.elcabaret.mx/prevencion-del-suicidio-y-codigo-100/>

Saavedra Solano, N., Berenzon Gorn, S., & Galván Reyes, J. (2015). *Salud mental y*

atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Science Direct*, 2016 (Salud Mental), Recuperado el 19 de Julio de 2022

de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500205X>

Sarabia, D. (2022, junio 3). “Pacientes internados seguirán recibiendo atención”, dicen autoridades sobre nuevo modelo de salud mental. *Animal Político*. Recuperado el 25 de Junio del 2022 de <https://www.animalpolitico.com/2022/06/atencion-salud-mental-pacientes-internados/>

Sarabia, D. (2022, junio 3). “Pacientes internados seguirán recibiendo atención”, Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. IESM-OMS Informe sobre Sistema de Salud mental en México [internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2011. Recuperado el abril 10, 2020, de [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)

*Semáforo – Coronavirus*. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 24 de octubre de 2022, de <https://coronavirus.gob.mx/semaforo/>

Sep, 9. (s/f). *La OPS insta a priorizar la prevención del suicidio tras 18 meses de pandemia por COVID-19*. Paho.org. Recuperado el 25 de octubre de 2022, de <https://www.paho.org/es/noticias/9-9-2021-ops-insta-priorizar-prevencion-suicidio-tras-18-meses-pandemia-por-covid-19>

Valdez-Santiago, R., Marín-Mendoza, E., & Torres-Falcón, M. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud publica de Mexico*, Recuperado el 25 de julio de 2022. De <https://doi.org/10.21149/12310>

Valdez-Santiago, R., Marín-Mendoza, E., & Torres-Falcón, M. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud publica de Mexico*, Recuperado el 19 de Julio de 2022 de . <https://doi.org/10.21149/12310>

Varela, J. A., López-Gatell Ramírez, H., Novelo Baeza, J. A., Santos Preciado, J. I., Aguilar, J. F., María, D., Torres, E. L., Gady, Z., Diana, M., Orozco, T., Manuel, J., & Gaytán, Q. (s/f). *Directorio de la Secretaría de Salud*. Gob.mx. Recuperado el 10 de agosto de 2022, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>

Verdugo, M. A., & Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/912](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/912)