



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CENTRO DE ESTUDIOS POLÍTICOS



“Salud pública y el tratamiento de los trastornos mentales: el caso del Seguro Popular (2010-2012)”

TESIS

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Con opción en

CIENCIA POLÍTICA

PRESENTA

Guido Lautaro Costantini

ASESORA

Antonia María del Rocío Camarena Rodríguez

México, D.F., 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Luis, Gabriela, Camila y Viviana

Porque esto también es de ustedes.

Agradecimientos

En primer lugar, querría agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México y a todas aquellas personas que, sin saberlo y sin tener muchas veces la posibilidad de acceder a una educación superior, financiaron mis estudios. Espero que reconocer que mis estudios universitarios fueron pagados por personas que no conozco y con las que ni siquiera comparto una nacionalidad sea el primer y pequeño paso de muchos para pagar, de alguna forma, esta inmensa deuda. Que el agradecimiento vaya también para la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, lugar en el que pasé años decisivos de mi vida y en donde conocí gente asombrosa.

En el ámbito institucional, querría agradecer a todo el equipo de la División de Estudios Profesionales, dirigido en ese entonces por la Mtra. Claudia BodekStavenhagen, y a el equipo del Centro de Estudios Políticos, encabezado por la Dra. Karla Valverde Viesca. En momentos difíciles me brindaron toda la ayuda legal que pudieron y, lo más importante, apoyo anímico. Muchas veces, cuando estudiamos a las instituciones, nos olvidamos que éstas están compuestas por seres humanos, de carne y hueso, con sentimientos y que muchas veces buscan ayudar al otro. Así, gracias por ayudarme a terminar mi carrera universitaria.

Agradezco a los profesores Claudia BodekStavenhagen, Carlos Bravo Vázquez, Rosa Martha Sánchez Carrillo y Juan José Sánchez Rueda por leer y revisar mi tesis. Sus reflexiones, correcciones y charlas fueron vitales para desarrollar la versión final de este escrito. Creo que el aprendizaje real surge cuando uno se hace más preguntas de las que resuelve; mi contacto con ustedes me ha generado justamente esto, y por alimentar mi curiosidad también les estoy agradecido.

Una distinción especial para la profesora Antonia María del Rocío Camarena Rodríguez, asesora de esta tesis. Su clase y su seminario me permitieron aprender muchísimo sobre temas que, de otra forma, probablemente nunca hubiera visto. Ella fue una parte fundamental en la construcción de esta investigación: sufrió conmigo mientras buscábamos el tema; me prestó textos de su propia biblioteca; me recomendó leer a Iván Illich, autor

central en esta tesis; revisó y criticó los avances que le mandaba; y me brindó buena parte de su tiempo, incluso en fines de semana, para trabajar en el tema. Aparte de ver en ella a una excelente maestra, también pude observarla como ser humano, y no me sorprendió en lo absoluto descubrir que su grandeza académica y su grandeza personal fueran tan de la mano. Muchísimas gracias, profesora.

De entre los grandes profesores que tuve durante mi carrera, querría agradecer particularmente a David Pantoja Morán y Benjamín Mauricio Arditi Karlik, que me permitieron acompañarlos como ayudante en sus clases. Haber podido estar al lado de maestros tan inteligentes y comprometidos con sus clases fue un honor, y espero algún día poder aplicar algunas de sus muchas estrategias didácticas que hacen que sus clases sean tan placenteras e interesantes.

Por supuesto que ninguna experiencia universitaria sería lo mismo sin amigos. Evidentemente, a lo largo de mis años en la Facultad algunas amistades surgieron, otras se mantuvieron, y otras desaparecieron. Hacer una lista de cada uno de los amigos que conseguí en la Facultad y nombrar por qué razones les estoy agradecido ocuparía más páginas que esta investigación, por lo que lamentablemente debo abstenerme de hacerlo. Espero que las personas que considero mis amigos y que lean este agradecimiento sepan la influencia que han tenido en mí. Sea gigantesca o pequeña, contribuyeron a mi madurez y crecimiento. Muchos de ellos también me dieron puntos de vista valiosísimos para el armado de esta investigación. También quiero agradecer a los amigos que aún mantengo de la preparatoria y la secundaria, con quienes me une una historia de muchísimos años y que me conocieron como una persona muy diferente a la que soy hoy y, aun así, siguen eligiendo mantener nuestra amistad.

Un agradecimiento muy especial para Alicia Islas Gurrola. Nos conocemos desde primer semestre, y desde ese momento somos grandes amigos. Compañera de tristeza, confidente fidelísima, generadora de alegrías y acompañante en momentos ridículos, definitivamente ni este trabajo ni la mera posibilidad corporal de que yo pueda presentar mi examen profesional existirían de no haber sido por su amistad. Estoy seguro de que la vida nos

seguirá deparando momentos dulces y amargos, pero sé también que siempre podremos confiar en tenernos cerca y ayudarnos de manera incondicional.

Muchísimas gracias también a la familia De Dios Herrera. Comenzaron prestándome un lugar para dormir y terminaron brindándome un cariño tal, que parece raro que no tengamos ningún parentesco consanguíneo. El apoyo material pero, sobre todo, el emocional que siento de parte de ustedes es gigantesco, y estoy seguro de que mis padres estarían inmensamente agradecidos. Me es difícil pensar cómo estaría yo de no haberlos conocido. De manera paralela agradezco también a toda la familia inmensa que tienen, que me ha tratado como a uno más de ustedes.

Un agradecimiento enorme para los vecinos de Patricio Sanz, la familia Valdés Pinal. Desde el arreglo de mis papeles migratorios hasta las largas charlas sobre la vida, ustedes han buscado incansablemente mi bienestar. Puedo decir sin ambages que me han brindado un sentimiento de seguridad y estabilidad que, acompañado con el calor de su cariño, ha sido fundamental para mi sostenimiento en momentos terriblemente difíciles. Sé que siempre tendré un lugar en su casa, y que en ella podré encontrar un cobijo seguro y tierno.

Mis vivencias en México no habrían sido las mismas de no haber conocido a Celeste Mena y Lucía Manzanares, con quienes me une una relación de casi doce años. Durante este tiempo comimos pizza casera, tomamos ron Zacapa, jugamos a las cartas, nos recomendamos libros, fuimos al teatro, mantuvimos discusiones hasta altísimas horas de la mañana y celebramos juntos todas las festividades que posiblemente existan. Sé que mi dolor es también el de ustedes, que ustedes sienten las faltas con la misma intensidad que yo, y eso nos une indeleblemente. Muchas gracias por todo lo que aprendí y aprendo con ustedes, por sentirme parte de su familia y por habernos brindado tanto a lo largo de los años.

En Buenos Aires, querría agradecer a la familia Dekleva, a la cual reencontré hace algún tiempo y en circunstancias poco felices, pero que hicieron todo lo posible para brindarme su ayuda y cariño. Gracias a ellos pude enterarme un poco más de quién soy yo y de dónde vengo, y ese tipo de información es valiosísima. Gracias también por haberme abierto las

puertas de su casa de una forma tan desinteresada y confiada. Saben que siempre tendrán un pariente que visitar en México, y espero que podamos vernos ya sea aquí o en la Argentina en poco tiempo.

Una parte vital de lo que soy y de lo que seré es resultado de mi familia. De mi madre aprendí a abrazar el conocimiento; en mi padre pude encontrar el ejemplo de alguien que trabaja en busca del bienestar de su familia; y en mi hermana vislumbré que buscar y expresar las emociones es mucho mejor que mantener un temple de acero. De mi tía, alocada y activa, retomé la costumbre de las largas caminatas y el movimiento. Agradecerles sería erróneo, puesto que siento que esto está escrito también por ustedes, y espero que hayan podido ver en mí un reflejo de sus enseñanzas y lecciones. Por ustedes soy un hombre independiente y que ahora busca su camino en la vida sabiendo que los errores y las tristezas ocurren, pero que el desafío está en reflexionar y aceptar, y no en resignarse y claudicar. Los quiero muchísimo.

Índice:

Contenido

Introducción:.....	i
Capítulo 1: El papel del Estado y las relaciones de poder de la ciencia médica en el mundo contemporáneo.....	7
Salud, ideas generales	7
Efectos nocivos del accionar médico, y el papel que juega en los sistemas de salud.....	10
El papel del Estado como proveedor de servicios públicos de salud.....	15
Consecuencias sociales y culturales de los efectos nocivos de la medicina y del discurso médico.....	21
El papel del sujeto frente a las diferentes formas de concebir a la salud.....	28
Nuevos derechos del enfermo y reivindicación de la esfera subjetiva frente al accionar médico.....	36
La salud mental en la era contemporánea	47
Conclusiones: ¿Cómo entender la (co)relación Estado-salud-paciente?	54
Capítulo 2: Marco jurídico del Seguro Popular, y su impacto sobre la salud en México	57
Breve historia de la salud en México	57
Derecho constitucional a la protección de la salud en México y marco legal	63
Tratados internacionales firmados por México en materia de salud.....	73
Marco jurídico del Seguro Popular como política de salud y sus antecedentes durante los gobiernos panistas.....	79
Estudios oficiales y externos sobre el Seguro Popular	91

Conclusiones: ¿Cuáles son las perspectivas respecto a la salud en México?	105
Capítulo 3: Políticas públicas enfocadas en la salud mental: el caso del Seguro Popular (2010-2012) y experiencias internacionales	108
Trastornos mentales cubiertos por el Seguro Popular	108
Tratamientos para los trastornos mentales cubiertos por el Seguro Popular	117
Seguro Popular: ¿medicalización de los trastornos mentales o multidisciplinariedad en la cura?	127
Experiencias internacionales alternativas para atender trastornos mentales.....	136
Conclusiones: El potencial de la multidisciplinariedad en la salud mental dentro del esquema del Seguro Popular	142
Conclusiones y reflexiones finales	145
Referencias	150
Anexos	158

Introducción

Este trabajo de titulación, bajo el nombre de “Salud pública y el tratamiento de los trastornos mentales: el caso del Seguro Popular (2010-2012)” tiene como objetivo general revisar y analizar el funcionamiento político-institucional, el andamiaje legal e información estadística del Seguro Popular en lo referente al tratamiento de trastornos mentales. Como métodos de acercamiento para tratar este tema, se enumeran las siguientes hipótesis:

- El discurso médico que prima en México, siguiendo en esto a la tendencia occidental, da un papel primigenio al bagaje científico y técnico antes de dárselo al sujeto enfermo. Así, se generan redes de poder que se interesan por su propia perpetuación y no por la salud.
- El Seguro Popular surge de una forma distinta de pensar el acceso al sistema de salud, dejando de lado las relaciones obrero-patronales como punto central y buscando la universalización. El Seguro Popular es un esfuerzo incompleto aunque interesante para reducir las desigualdades en el plano sanitario.
- A pesar de encontrarse el tratamiento de los trastornos mentales en el Seguro Popular en un nivel aún primigenio, el discurso manejado por el aparato estatal apunta a la biologización y medicalización de los trastornos mentales.
- La multidisciplinariedad en el tratamiento de los trastornos mentales es clave para el tratamiento de los trastornos mentales, y existen políticas públicas en el plano de la salud mental que apuntan a un entendimiento distinto de este tipo de trastornos, con diversos resultados.

El ámbito de la salud mental posibilita reflexiones tanto desde la Ciencia Política como desde la Administración Pública, realzando la relación conjunta de estas dos disciplinas. Desde el plano de la Ciencia Política resulta importante hablar sobre el Estado, el poder, la ideología; en el ámbito de la Administración Pública, puede pensarse cómo estos tres

conceptos anteriormente nombrados se cristalizan en organismos públicos, ordenamientos judiciales y políticas públicas, y cuál es el accionar de estos últimos.

Para hablar de poder, resulta fundamental acudir a Michel Foucault, un autor que también será citado de forma importante en el desarrollo de la tesis. En “El sujeto y el poder”, Foucault especifica que lo interesante no es el poder en sí mismo, sino las relaciones de poder. Una relación de poder “es un modo de acción que no actúa de manera directa e inmediata sobre los otros, sino que actúa sobre sus acciones: una acción sobre la acción, sobre acciones eventuales o actuales, presentes o futuras”¹. Las relaciones de poder buscan delimitar el campo de lo posible y de las acciones. De esta manera, “el ejercicio del poder consiste en ‘conducir conductas’ y en arreglar las probabilidades”².

El mismo Foucault, más adelante, proveerá de algunas ideas metodológicas para estudiar las relaciones de poder. Las instituciones son puntos de estudio importantes para analizar las relaciones de poder, aunque Foucault hace la advertencia de que estas relaciones no se acaban en las instituciones puesto que están profundamente incrustadas en lo social³. Las relaciones de poder se “materializan y cristalizan” en una institución, pero su análisis debe ir más allá de las instituciones.

Aunque tal vez sin tener demasiado en mente estas palabras de Foucault durante el desarrollo del trabajo, el resultado puede verse desde esta perspectiva. Estudiando una institución (en este caso, un órgano de salud), surgieron las relaciones de poder que se encuentran dentro de ésta, pero cuyo accionar va más allá de esta institución. Como bien apunta Iván Illich, el modelo de salud contemporáneo hace ya mucho tiempo que ha salido del hospital para influir en el accionar individual, generándose como consecuencia de este accionar la “iatrogenesis social” y la “iatrogenesis cultural”, conceptos explicados en el capítulo 1. Para buscar un título con especialización en Ciencia Política, considero importante esta arista del trabajo: el análisis de las relaciones de poder presentes en el campo de la salud, tomando en cuenta la ideología que las alimenta y las instituciones en las que se materializa.

¹ Michel Foucault, “El sujeto y el poder”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50, n°3, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1988, p. 14.

² *Ibíd.*, p. 15.

³ *Ibíd.*, p. 17.

A lo largo de mi carrera universitaria, pocas fueron las reflexiones que pude escuchar acerca de temas relacionados con salud mental, aunque intereses propios y una cierta historia familiar hicieron que me interesara por el campo de lo “psi” (más allá de buscar una definición exacta de este campo, manteniéndolo abierto justamente por el interés que me despertaba). Justamente uno de los autores centrales en este trabajo, Iván Illich, argumenta que la gente aprende también por fuera de las instituciones educativas; el hecho de que el tema de la salud mental no haya aparecido durante mi carrera universitaria me llevó a una autoexploración del tema que fue interesante y que hizo que mi curiosidad aumentara por el tema.

Después de que dedicara un semestre a trabajar en un tema totalmente ajeno, el campo de lo “psi” volvió a requerir atención y comenzó un largo camino de delimitación y de sistematización del tema de tesis, no exento de dificultades. El tema de la salud aparecía ligado necesariamente a lo “psi”, por lo que mi asesora de tesis me recomendó leer “Némesis médica”, de Iván Illich. El efecto que tuvo en mí este libro, y las ideas del autor que encuentro revolucionarias, marcan este trabajo de principio a fin, y también han influido de forma importante en mis pensamientos y en algunas acciones personales. Afirmar que uno encontró un autor que lo apasionara es algo que no todas las personas que estudian una carrera universitaria pueden decir.

Dentro del universo “psi”, siempre me interesó el tema de los desórdenes alimenticios, probablemente porque es sólo una muestra más de que los seres humanos tenemos registros totalmente diferentes a los animales (¿dónde se ha visto una jirafa anoréxica, o un elefante bulímico?). Se puede decir que lo biológico “sujeta” al sujeto, mientras que determina al animal y a su conducta. Con el objetivo de delimitar el trabajo, y ayudado por el Internet, busqué temas referentes al tratamiento de los trastornos alimenticios en México, cuando surgió el documento conocido como CAUSES (“Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud”), del Seguro Popular. Revisando los CAUSES de diferentes años, escogí delimitar temporalmente el trabajo de 2010 a 2012, puesto que antes de 2010 las categorizaciones de salud mental en el Seguro Popular cambiaban cada año y eran más confusas.

Con la mira puesta en el Seguro Popular, y viendo que el tema de la salud mental podría ser más abarcador, me propuse retomar algunas ideas de Iván Illich con respecto al papel cada vez más relevante de la industria médica. Por un lado, utilicé a un autor que es sociólogo, historiador y teólogo; por el otro, tenía que tener en cuenta la Ciencia Política; y, al enfocarme en una institución y una acción concreta de gobierno, me acercaba a la Administración Pública. Es decir que, desde el principio, el tema fue resultado de la multidisciplinariedad.

Con el trabajo ya terminado, considero que la carrera me ha brindado una inquietud con respecto al Estado y su accionar. Muchos de los textos enmarcados dentro del universo “psi” suelen ser poéticos y utópicos, pero no dan cuenta del Estado y de cómo es que actúa. Incluso cuando resulta evidente hoy en día que nuevos actores aparecen en la escena política, el Estado (como dador de un orden jurídico y organizador de políticas públicas) no puede ser simplemente pasado por alto. Es por esto que repensar la salud implica también repensar al Estado y las herramientas y estrategias que utiliza.

El tema de la salud mental demostró ser bastante amplio; como se mencionó anteriormente, esta amplitud significó que pudo ser visto desde distintas aristas. Los primeros acercamientos apuntaron a una visión teórica con respecto a las enfermedades en general y su relación con la cultura y la ideología. Entre algunos temas a tratar, se pueden nombrar el papel del Estado como proveedor de servicios de salud y cómo este papel se fue modificando a lo largo del tiempo. Después, la salud mental y el fenómeno de los trastornos mentales requirieron atención propia. Definir qué es un trastorno mental fue el tema central; lejos de las teorías que apuntan a un modelo *biologicista*, la definición de qué es un trastorno mental se enmarca en procesos *históricos*.

En el segundo capítulo, se revisaron documentos oficiales, leyes e informes sobre el Seguro Popular; esto, para reflexionar sobre el marco normativo y sus resultados. En muchos aspectos se puede ver cómo las leyes y los acuerdos internacionales firmados por México no se corresponden necesariamente con la acción concreta de gobierno. Por

ejemplo: los acuerdos internacionales en materia de salud mental ensalzan el accionar comunitario, pero en el Seguro Popular este tema no se menciona.

En el tercer capítulo, se propone, mediante números oficiales, extraer conclusiones que no se quedan en lo cuantitativo, sino que apuntan a reflexiones cualitativas: la reflexión sobre los resultados de la práctica médica en salud mental, las potenciales consecuencias negativas de ésta en los derechohabientes del Seguro Popular, y la tendencia a comprar medicamentos para trastornos mentales en los que se presupone que el factor biológico es el de mayor peso.

Es decir, el tema fue el que se fue demostrando lo suficientemente complejo como para ser abarcado desde un punto de vista. Hacer una investigación multidisciplinaria no sólo puede aportar más información, sino que puede hacer que ésta se relacione de formas más enriquecedoras. En el campo de la Ciencia Política, esto significa no quedarse en lo estrictamente político, siendo necesario también estudiar los factores económicos y sociales de cualquier fenómeno.

Las fuentes de información, por lo tanto, también fueron diversas. Informes oficiales, libros académicos, leyes, material en Internet, acervos estadísticos, notas periodísticas e incluso notas del espectáculo sirvieron para tratar de dar un panorama amplio sobre el papel de la salud mental en el Estado, resaltando el caso del Seguro Popular. También vale la pena destacar una fuente de información con la que no me esperaba encontrar: las vivencias personales de conocidos. Aún me sorprende qué tan común es el uso de medicamentos como antipsicóticos o antidepresivos; las vivencias personales, contadas en la intimidad, tal vez no hayan sido plasmadas en el texto, pero definitivamente me generan inquietudes e ideas que quedarán en mí.

La tesis se desarrollará en tres capítulos, relacionados con al menos un objetivo particular. En el primer capítulo, denominado “El papel del Estado y las relaciones de poder de la ciencia médica en el mundo contemporáneo”, se revisará el papel del Estado como proveedor de servicios médicos y la aplicación de la medicina sobre el sujeto en la época contemporánea, haciendo énfasis en cómo se encuentra la salud mental y los estudios

psiquiátricos en el mundo occidental. Para este capítulo se retomarán, básicamente, ideas de Iván Illich y de Michel Foucault sobre el desarrollo de la medicina durante el siglo XX y qué papel ha jugado el Estado.

En el segundo capítulo (“Marco jurídico del Seguro Popular, y su impacto sobre la salud en México”) se nombra la normatividad en el país en lo referente, primero, a la salud. Se revisarán también tratados internacionales que México haya firmado en materia de salud, haciendo énfasis en el aspecto psicológico y de la salud mental. Después, se observará el estado de la salud en México, revisando en particular el caso del Seguro Popular como política de salud enfocada principalmente a abatir la desigualdad en materia de sanidad. Además de la información legal, se recurrió al Libro Blanco del Seguro Popular, que describe en casi 10,000 páginas el funcionamiento de este organismo del 2006 al 2012.

En el tercer capítulo, titulado “Políticas públicas enfocadas en la salud mental: el caso del Seguro Popular (2010-2012), y experiencias internacionales”, se pretende conocer cómo se ocupa el Seguro Popular de los trastornos mentales: qué trastornos pueden ser considerados como tales, qué tratamiento se les da y qué posibles consecuencias adversas podría tener sobre los propios enfermos. Además, se da una revisada rápida a la experiencia presente en diversos países que resulta diferente de aquella que existe en México. Para esto, se ocupa información estadística y normativa suministrada por el Seguro Popular, además de diversos estudios sobre las experiencias internacionales anteriormente mencionadas.

El trabajo presenta, al final, unas conclusiones a modo de puntos, y también algunas de las ideas y reflexiones que quedan a futuro después de terminado este trabajo.

Capítulo 1: El papel del Estado y las relaciones de poder de la ciencia médica en el mundo contemporáneo

Salud, ideas generales

Las discusiones sobre la definición misma de “salud” son muy extensas. La forma en la que están construidas estas definiciones es muy importante a la hora de definir acciones en el campo de lo público, con expresiones ora en la salud pública y sus políticas, ora en las universidades, ora en la visión que los ciudadanos tienen de la medicina, la enfermedad y la salud. Hipócrates, el considerado padre de la medicina, percibía a la enfermedad como una consecuencia de, en general, los hábitos -malos- de la vida.

Desde la Grecia antigua surge, para la cultura occidental, el respeto hacia la medicina como aseguradora de salud. Algunos relatos griegos comienzan a marcar las diferencias en los sistemas de salud entre ellos y los “bárbaros”, donde resalta particularmente el relato de Herodoto de Halicarnaso. Hablando sobre el desarrollo histórico de Babilonia, Herodoto afirma que en este pueblo:

“Cuando uno está enfermo, le sacan a la plaza, donde consulta sobre su enfermedad con todos los concurrentes, porque entre ellos no hay médicos. Si alguno de los presentes padeció la misma dolencia o sabe que otro la haya padecido, manifiesta al enfermo los remedios que se emplearon en la curación, y le exhorta a ponerlos en práctica. No se permite a nadie que pase de largo sin preguntar al enfermo el mal que lo aflige.”¹

La afirmación de Herodoto, por más interesante que pueda parecer, ha sido puesta en duda por investigaciones historiográficas relativamente recientes, que toman en cuenta los descubrimientos de tablas en escritura cuneiforme. El descubrimiento del Código de Hammurabi y su traducción al francés, a inicios del siglo XX, dieron un gran impulso a los estudios sobre escritos cuneiformes. El Código de Hammurabi ya nombraba algunas

¹ Herodoto de Halicarnaso, *Los nueve libros de la Historia* [en línea], Brasil, 2006, Dirección URL: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2011/los_9librosh.pdf, [Consulta: 29 de junio de 2012]

cláusulas para regular el comercio entre el médico y el paciente, lo que demuestra que los asirios sí tenían médicos. Otros libros académicos han registrado tablas con cuestiones como diagnósticos. Sin embargo, la información que tenemos sobre esta civilización es mínima, calculándose en las centenas de miles las tablas asirias que faltan por traducir². Los médicos no tenían las funciones de hoy en día, sino que servían para dar legitimidad a rituales de curación; la relación entre el médico y el paciente era absolutamente vital en esta medicina antigua, y el papel que se le daba al médico -como un mediador entre los dioses y los seres humanos- los dotaba de un aura de autoridad.

Aparte de Hipócrates, como fundador de una medicina deslindada de castigos divinos y más enfocada en el ser humano, Aristóteles también aparece como un pensador importante dentro de la salud en Occidente. La doctrina aristotélica concibió a la salud como complemento para alcanzar la *eudaimonia* -traducido, someramente, como “felicidad”³. La búsqueda de la felicidad y el deslinde de los “dioses” en el ámbito de la salud parecen ser las bases de la medicina occidental.

Para las culturas mediterráneas, el dolor siempre fue visto como algo malo, como un castigo, como resultado de un mal accionar en cuanto a los hábitos de vida o, anteriormente, por resultado de un pecado hecho con anterioridad. Con este entendimiento, y pensando en una divinidad, la gente podía afrontar el dolor o también levantarse en contra de él. “Sin embargo, una sola actitud hacia el dolor era impensable, al menos en la tradición europea: la creencia de que el dolor no debía sufrirse, aliviarse e interpretarse por la persona afectada, sino –siempre idealmente- destruirse por la intervención de un sacerdote, de un político o de un médico”⁴.

Este deslinde de los dioses avanza significativamente durante la Edad Media. A pesar de ser una época decididamente marcada por la religiosidad, hubo un intento por el estudio anatómico para diferenciar órganos y enfermedades diversas; la teoría de los “humores” de Hipócrates siguió muy presente. Este cambio de percepción de la medicina se

² Robert Paulissian, “Medicine in Ancient Assyria and Babylonia”, [en línea], *Journal of Assyrian Academic Studies*, vol. 5, núm. 1, Estados Unidos, 1991, p.4. Dirección URL: <http://www.jaas.org/edocs/v5n1/Paulissian.pdf> [Consulta: 26 de junio de 2012]. Paulissian calcula en 500,000 las tablas aún sin traducir. Han salido algunos diccionarios especializados en traducción, inglés-asirio y alemán-asirio, que podrían ayudar a que este proceso de traducción fuera más rápido. Todas las traducciones al español de fuentes en inglés son mías, asumiendo cualquier error que pudiese haber en ellas.

³ Roberto Passos Nogueira, *La salud que hace mal*, Argentina, ed. Lugar, 2008, 1º edición, p. 101.

⁴ Iván Illich, *Némesis médica*, México, ed. Joaquín Mortiz, 1978, p. 200.

reflejó claramente en un hombre que revolucionó las ciencias sociales pero que también influyó definitivamente a la medicina: René Descartes. Con Descartes, "...el dolor se convirtió en una señal con la cual el cuerpo reacciona en defensa propia para proteger su integridad mecánica". El dolor se convirtió en útil, principalmente para marcar qué estaba mal en el cuerpo y, arreglando esto, pudiera desaparecer el dolor⁵.

La visión de Descartes se extendió rápidamente por toda Europa, y tuvo una importancia suprema para la expansión del modelo clínico de la medicina. La primera "escuela clínica" fue creada en la ciudad de Leyden por François de la Boë, quien había sido influido por el pensamiento de Descartes⁶. A partir de ese momento, la salud no será considerada como un camino para alcanzar la felicidad -o sea, un medio-, sino como un fin en sí mismo.

Las actividades políticas subsecuentes buscarán reducir al mínimo el sufrimiento humano, y la medicina aparece como el aparato idóneo para cumplir este objetivo. Tomando en cuenta esto, hay un movimiento cada vez más fuerte para darle una mayor importancia a la medicina y pensar en el paciente como una persona pasiva y desamparada, necesitada de un arsenal médico; esto es definitivamente distinto de épocas anteriores en donde, como se ha señalado, el paciente era una parte importantísima en la realización de rituales y magia para lograr su curación. La idea primigenia de la clínica justamente no involucra, *per se*, la búsqueda de la curación, sino la construcción de un aparato nosológico para que ella misma pueda categorizar; primero se categoriza y después, si se puede, se cura⁷. La medicina, para expandirse gradualmente a los temas de la sociedad que ella misma tomaba para sí, necesitó del papel de la política; es decir, la expansión de la medicina en el campo social puede verse como resultado de la expansión de la política en este mismo ámbito.

La expansión de la medicina en los campos sociales es cada día más evidente. Tanto el Estado de Bienestar como el modelo socialista pusieron como una de sus prioridades el acceso a la salud, y la protección del trabajador frente al peligro del trabajo en sí mismo. Esto significó que el Estado impulsó a la medicina para que definiera un entorno laboral "sano" a la vez que los trabajadores demandaron un servicio de calidad -que sólo se

⁵ *Ibíd.*, p. 202.

⁶ Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica*, México, ed. Siglo XXI, 2006, p. 88.

⁷ *Ibíd.*, p. 91.

entendió en el sentido de aparatos médicos más grandes, caros y sofisticados. Los patrones también pusieron presión en la medicina para que definiera, de una forma institucional, en qué casos el trabajador estaba inhabilitado institucionalmente para trabajar y en qué casos no; es decir, se buscaba maximizar la producción y las ganancias mediante esta aclaración de términos. Institucionalizar la enfermedad tiene como fin el cuidar que sólo el que realmente esté enfermo reciba tratamiento y sea considerado, socialmente, como enfermo, con todos los derechos y las obligaciones que esto conlleva⁸. La similitud fundamental entre la medicina en los esquemas capitalistas y socialistas está determinada por la lógica industrial a la que ambos sistemas, en el fondo, responden. Esto, obviamente, no significa que la medicina no esté influida por la economía, pero hay factores que, sin escaparse, van más allá de ella.

Efectos nocivos del accionar médico, y el papel que juega en los sistemas de salud

Dentro de la medicina, hay un concepto poco estudiado pero que, para efectos de esta tesis, tendrá una importancia vital: es el de “iatrogenia”. Etimológicamente, “iatros” significa “médico”, mientras que “genia” indica “origen”; tomando esto, la iatrogenia podría referirse a los efectos que causa el médico en el paciente, por lo que podríamos hablar de iatrogenia positiva (cuando los efectos son benéficos en el cuerpo) y negativa (cuando genera efectos dañinos en el cuerpo). Sin embargo, la literatura concerniente a la iatrogénesis en el campo de la medicina se reduce a los trastornos iatrogénicos⁹, y ha dejado de lado la discusión sobre la “iatrogenia positiva”. La visión que se tomará, de ahora en adelante, cuando se hable de iatrogenia, es en su sentido negativo.

Desde el punto de vista médico, hay muchas complicaciones para referirse a un concepto que, en sí mismo, indica que la medicina puede hacer mal. La literatura meramente médica concerniente a la iatrogénesis hace que sea muy difícil diferenciarla de la “mala praxis”. Hay varios libros referentes a la iatrogenia desde el punto de vista médico¹⁰. En estos, hay una kilométrica lista de enfermedades iatrogénicas: por ejemplo,

⁸ Talcott Parsons, *El sistema social*, España, Alianza Editorial, 1999, p. 409.

⁹ Miguel Sorín, *Iatrogenia, problemática general*, Argentina, Ed. El Ateneo, 1975, p. 1.

¹⁰ Por ejemplo: Leslie Preger, *Iatrogenic diseases* vols. I y II, Estados Unidos, Universidad de Michigan, 2008; y con el mismo título, pero de Patrick D’arcy y John Griffin, Reino Unido, Universidad de Oxford, 2002.

las complicaciones que puede haber frente a una cirugía de hígado -como la hemorragia-, las que podría haber cuando se utiliza la anestesia -como reacciones alérgicas o toxicidad-, o las que pueden existir incluso al colocar una inyección -un hematoma. Estos libros son, por lo general, extensos, y no tratan a la iatrogenia desde un punto de vista que no sea técnico. Pocos son los libros que hablan sobre los factores psíquicos o sociales de la iatrogenia.

En uno de los poquísimos libros en español sobre este tema, Miguel Sorín busca explorar estos dos factores anteriormente mencionados. En una idea muy interesante, y que podría resultar polémica dentro de la medicina, Sorín argumenta que el problema con la definición de la iatrogenia es, fundamentalmente, derivado de en quién recae la responsabilidad de los efectos nocivos de la medicina. Esta responsabilidad sobre el accionar médico es muy importante, puesto que puede involucrar sanciones legales. Se propone conceptualizar la iatrogénesis como “las consecuencias nocivas recibidas por personas sanas o enfermas, directa o indirectamente, de acciones médicas que intentan o logran beneficiar en otros aspectos”¹¹.

Definir qué efecto es iatrogénico y qué no lo es, por supuesto, resulta complicado. Si a esta dificultad le sumamos poder diferenciar las afectaciones psíquicas o sociales de la iatrogenia, nos encontramos con un campo realmente muy amplio pero difícil de asir y de conceptualizar. Así, por ejemplo, Sorín teoriza que en la modernidad “...la *ansiedad ambiental* llegó a ser normal y prácticamente un requisito del sentirse enfermo, por lo cual sería difícil opinar y decidir cuánto habría en ello de iatrogénico”¹².

¿Cuál es el factor que tiene la mayor posibilidad de causar efectos iatrogénicos? Curiosamente, lo que resulta fundamental para la medicina desde el punto de vista instrumental: la relación médico-paciente. “La conducta del médico...es probablemente la más variada en insólitas e inesperadas posibilidades iatrogénicas, de entre todos los agentes médicos. Esta variedad es el resultado, no sólo...de la personalidad del profesional, sino también del otro personaje de la relación médico-paciente¹³, y también de las circunstancias macrosociales y microsociales en que se realiza el acto médico”¹⁴. Álvarez, en otro libro en

¹¹ Miguel Sorín, *op.cit.*, p. 6.

¹² *Ibíd.*, p. 31. Las cursivas son del texto.

¹³ El paciente, evidentemente.

¹⁴ *Ibíd.*, p. 32.

español dedicado a la iatrogenia, parece estar de acuerdo con esto, y piensa que cuando no se alcanza una buena relación médico-paciente, esta puede generar factores iatrogénicos, y el efecto iatrogénico puede emerger en cualquier momento. Se entiende por una “buena” relación entre el médico y el paciente, aquella que es “equilibradamente interactuante”¹⁵.

Los daños iatrogénicos dependen, entonces, y en cierta medida, del paciente, aunque el papel del paciente, en el contexto económico y filosófico actual, se entiende hoy en día como un sujeto pasivo, que debe pedir ayuda a la medicina si no quiere sufrir y morir. El lugar por excelencia para el desarrollo de la medicina, la clínica, también es fuente de afectaciones iatrogénicas: “la experiencia de estar internado en un hospital puede ser fuente de angustias, ansiedades y depresiones de diversa intensidad y significación”¹⁶. Independientemente de las depresiones y angustias por estar en un lugar en el que, *per se*, uno es considerado enfermo, las clínicas son también lugares en donde conviven muchas personas con muy diversas enfermedades, por lo que los contagios intrahospitalarios no son raros. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos reporta que un tercio de las personas que ingresan a un hospital sufren algún tipo de daño o enfermedad durante su estancia y como producto de esta¹⁷. Otra conclusión interesante del estudio: 750 mil millones de dólares, o un tercio del gasto público y privado destinado a la salud en los Estados Unidos, son utilizados en cosas que no incrementan la salud en general.

Las relaciones económicas establecidas entre el médico y el paciente y el papel de las instituciones de salud también pueden ser factores iatrogénicos. Sorín nombra a “factores iatrogénicos extramédicos”, como la estructura económica del servicio médico. Con respecto a esta estructura económica, dice que “se trata del modo de financiación de distintos niveles y aspectos del servicio médico, por una parte, y de las relaciones económicas que rigen entre los protagonistas directos del acto médico propiamente dicho, por la otra. La acción iatrogénica posible no está determinada de manera directa por ninguno de estos aspectos, por cierto, sino *a través de las motivaciones* que atañen al

¹⁵ Rafael Álvarez, *Iatrogenia y ética médica*, México, Academia Nacional de Medicina, 1978, p. 107.

¹⁶ Miguel Sorín, *op. cit.*, p. 34. Las cursivas son del texto.

¹⁷ Sarah Kliff, “We spend \$750 billion on unnecessary health care”, [en línea], Estados Unidos, *The Washington Post*, 7 de septiembre de 2012. Dirección URL: <http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2012/09/07/we-spend-750-billion-on-unnecessary-health-care-two-charts-explain-why/7/> [Consulta: 12 de octubre de 2012]. Los datos del Instituto de Medicina de los Estados Unidos son del 2010.

dinero”¹⁸. Este afán de lucro de la medicina puede significar operar o medicar de más, resaltando otra vez los riesgos de estar en un hospital y los ya conocidos problemas con la sobremedicalización.

Sorín se aventura a ir más lejos, refiriéndose a los apoyos en materia de salud de los países desarrollados a los que están en vías de desarrollo: “en el nivel de las relaciones internacionales, las diversas formas de *prestación de servicios médicos a pueblos subdesarrollados* constituyen lo que hemos llamado un gigantesco acto médico, y es entonces cuando factores extramédicos –racismo, colonialismo, explotación, etc.- se expresan...”¹⁹. Los países desarrollados rara vez hacen estudios sobre las necesidades reales de la población que buscan ayudar, buscando a veces imponer sus propios esquemas de salud en comunidades distintas. La misma educación médica sirve también como transferencia de dinero de los países pobres a los ricos, que son generalmente los que producen el equipo hospitalario. Por el otro lado, los mejores médicos educados en los países del tercer mundo se van de sus países hacia lugares con más dinero, lo que significa una pérdida económica aún más fuerte para el Estado.

Aparte de esta “ayuda inocente”, también existen los experimentos en poblaciones vulnerables del Tercer Mundo, siendo tal vez el caso más sonado hoy en día el de las inoculaciones con sífilis a miles de personas en Guatemala en la década de los 40 -algo que el mismo Barack Obama ha aceptado públicamente²⁰. Estas inoculaciones se hicieron buscando un “bien médico”, que era el estudiar la efectividad de la penicilina.

Estos dos autores hacen buenos acercamientos al tema de la iatrogenia, yendo más allá de las complicaciones meramente técnicas que pueden suceder cuando se interviene médicamente un cuerpo. Este nuevo acercamiento le permite decir a Álvarez que “la costumbre de limitar el uso de la palabra iatrogenia en el área de la clínica, es decir, en el trato con personas enfermas, es anticuada”, algo con lo que Sorín, obviamente, estaría de acuerdo. Sin embargo, parece que de todas formas se quedan en una visión médica, y que las soluciones a la iatrogenia vendrán con una medicina “mejor”. Sorín, por ejemplo, dice

¹⁸ Miguel Sorín, *op. cit.*, p. 58.

¹⁹ *Ibid.*, p. 63.

²⁰ Rob Stein, “U.S. apologizes for newly revealed syphilis experiments done in Guatemala”, [en línea], Estados Unidos, *The Washington Post*, 1 de octubre de 2010. Dirección URL: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/10/01/AR2010100104457.html> [Consulta: 18 de octubre de 2012].

que la iatrogenia es resultado de “...no aplicarse masivamente todo lo que la ciencia médica y la ciencia en general es capaz [sic] de hacer en beneficio de la humanidad”²¹; Álvarez dice que para evitar la iatrogenia “sólo hay una forma: el conocimiento de sí mismo y de los demás y conocimiento de la propia área de actividad, de relación y de trabajo...aceptación de la crítica, capacidad para reconocer el error y aceptarlo deseando corregirlo”²². Sorín recomienda al joven médico que piense así: “Cuanto más honestamente reconozca la insuficiencia de mi preparación técnica, tanto más debo vigilar mis ignorancias y mis posibles equivocaciones; cuando más urgido vaya yo a estar en la consulta por la escasez de médicos y de auxiliares en mi país, tanto más deberé conocer cuáles son los riesgos de negligencias o imprudencias posibles en mi trabajo”²³. Es decir, hay una medicina tan efectiva que anula por completo los efectos de la iatrogenia, en donde ninguna inyección cause hematomas, ninguna anestesia cause reacciones alérgicas o tóxicas en el cuerpo, y en donde ninguna operación de hígado pueda conllevar una hemorragia; el sueño de todo médico.

Es buscando esta perfección -o, al menos, usando la idea de esta perfección como excusa- que se ha desarrollado una industria gigantesca de la medicina que busca mejores antibióticos, mejores equipos médicos y mejor preparación técnica. Esta medicina industrializada promete salud eterna, y hace que los individuos demanden esta salud irrealizable. Estas demandas recaen, de forma directa o indirecta, en el aparato estatal, que entonces busca gastar más dinero, y ve en una salud cara una buena salud. Si hay algo en la que la gran mayoría de los políticos está de acuerdo es que hay que gastar más en salud, buscando curar enfermedades que hace pocos años atrás ni siquiera existían o que podrían controlarse mediante mecanismos mucho más baratos, básicos y no invasivos del cuerpo.

¿No es evidente que la medicina siempre tendrá rasgos iatrogénicos por el sólo hecho de intervenir en los cuerpos? Raramente -en un gesto, tal vez, de extraña honestidad médica-, será el mismo Álvarez el que nos dará la frase para unir el tema de la iatrogénesis médica con la iatrogénesis en general: “Es fácil imaginar cómo, en tan amplia gama de situaciones [de atención de la salud], los riesgos iatrogénicos pueden variar enormemente, y

²¹ Miguel Sorín, *op. cit.*, p. 61.

²² Rafael Álvarez, *op. cit.*, p. 112

²³ Miguel Sorín, *op. cit.*, p. 93.

estarían a salvo de ellos, sólo quienes...no cuentan en absoluto con servicio médico”²⁴. La medicina perfecta, sin errores, no existe.

Antes que ahondar sobre el concepto amplio de iatrogenia, que será utilizado de forma primordial en este trabajo, cabe destacar las diferencias entre la iatrogénesis y el concepto de mala praxis. Se propone, desde aquí, reservar la idea de mala praxis para los errores médicos que son reconocidos legalmente, y que pueden ser castigados mediante esta vía. La responsabilidad aquí es del personal médico -ya sean los médicos mismos, los enfermeros o hasta el personal administrativo de un hospital. La iatrogénesis, como será explicado en el apartado siguiente, es algo diferente: es el efecto nocivo de la medicina *per se* por intervenir directamente sobre los cuerpos. La visión es diferente: la posibilidad de que surja un hematoma por una inyección está siempre presente, y esta no puede ser anulada o reducida a cero, ni depende, en última instancia, de la pericia del médico. La responsabilidad aquí recae en la industria médica que, con sus avances, hace que los efectos iatrogénicos de la medicina se maximicen; aunque también cierta responsabilidad recae en el paciente mismo, que tendrá que encontrar nuevas formas de curación para evitar la iatrogénesis o sufrir las consecuencias de esta.

El papel del Estado como proveedor de servicios públicos de salud

Desde el principio, Illich hace una reflexión que tiene mucho sentido: la mayoría de las autocríticas desde el ámbito de lo médico sólo tienen como fin el vender más medicamentos o afianzar el conocimiento médico sin realmente cuestionarlo. Es por esto que casi de inmediato Illich va a desconfiar en toda crítica médica que venga desde la medicina misma. Una nueva idea de la medicina resulta necesaria en un momento en el que esta ciencia sufre de una crisis de confianza, de la que se defiende afirmándose cada día más como dogma. Una visión distinta con respecto a la medicina tiene que venir e incluir, necesariamente, a los no especialistas: “la crisis de la medicina podría permitir al lego reclamar en forma efectiva su propio control sobre la percepción, clasificación y toma de decisiones médicas. La laicización del templo de Esculapio podría llevar a deslegitimar los dogmas religiosos

²⁴ Rafael Álvarez, *op. cit.*, p. 116.

de la medicina moderna...”²⁵. Su argumento es que “...el lego y no el médico tiene la perspectiva potencial y el poder efectivo para detener la actual epidemia iatrogénica”²⁶.

En “Némesis médica”, Illich utiliza el concepto de contraproductividad a la medicina. “La contraproductividad...existe cada vez que el uso de una institución paradójicamente quita a la sociedad aquellas cosas cuya producción era el propósito planificado de la institución”²⁷. Este concepto lo aplica Illich a algunas otras instituciones del mundo contemporáneo: en “Energía y equidad” se refiere a la creación de autos cada vez más rápidos para supuestamente acelerar el traslado de la gente, pero la gran cantidad de estos genera tráfico, caos y retrasos²⁸; en “La sociedad desescolarizada”, Illich se refiere al modelo educativo, que en la búsqueda de dar más educación haciendo que los niños se queden más horas en la escuela e imponiendo un sólo modelo de educación, de hecho los desincentiva a aprender por sí mismos²⁹. En el caso de la medicina, sucede algo similar: lo que tiene como función primordial curar a las personas, de hecho tiende a enfermarlas más.

Las características iatrogénicas de la medicina, aunque siempre han estado presentes, se han exacerbado en los tiempos modernos, cuando se realizó una sinergia entre las lógicas industriales y el papel monopólico que tanto el Estado como los ciudadanos le han dado a la medicina para definir qué es la enfermedad, la salud, y quién está enfermo. Hablando sobre la característica industrial de la medicina, y no reduciendo esto a un esquema capitalista, Illich apunta que también en la Unión Soviética (aunque, aclara, existen pocos datos) puede verse un aumento exorbitante en los daños iatrogénicos³⁰.

En la actualidad hay una imponente tecnología médica que se une a una retórica igualitaria que argumenta que todos deberían tener acceso a todos los avances de la medicina. En los tiempos contemporáneos, además, se genera una forma distinta de ver y entender al cuerpo humano, en el que hay una disociación entre el cuerpo como ente biológico y el ser humano. Al buscar hasta las últimas consecuencias una supervivencia técnica del cuerpo biológico humano, la medicina comienza a desplegar un maremágnum de procedimientos invasivos “...lo que ha transformado la asistencia a la salud en una

²⁵ Ivan Illich, *op. cit.* (1978), p. 10.

²⁶ *Ibid.*, p. 11.

²⁷ *Ibid.*, p. 281.

²⁸ Ivan Illich, *Energía y equidad*, México, Editorial Posada, 1980.

²⁹ Ivan Illich, *La sociedad desescolarizada*, Argentina, Editorial Godot, 2011.

³⁰ Ivan Illich, *op. cit.* (1978), p. 76.

empresa productora de enfermedades...”³¹. La técnica, al invadir nuestras vidas y nuestra forma de ver nuestro cuerpo, nos quita derechos: el dolor, la invalidez y hasta la muerte ya no son cuestiones individuales-subjetivas, sino que son problemas técnicos que, como tales, pueden tener solución con un desarrollo tecnológico mayor -lo que implica, por supuesto, mayor gasto de dinero en investigación médica.

La técnica presente en la medicina ha avanzado tanto, que ahora no sólo se conforma con las personas que ella misma califica como enfermas, sino que extiende sus campos de acción a las personas que podrían estarlo, y así puede entenderse el “boom” en estudios genéticos para determinar la propensión al cáncer o a la diabetes, por ejemplo. Estos estudios, que pueden llegar a costar u\$s 10,000, están lejos de ser 100% eficaces, y los resultados ambiguos que pueden dar podrían significar un víacrucis para el ahora catalogado enfermo, que podría realizarse más estudios o incluso procedimientos innecesarios basado en sus resultados.

Esto, obviamente, genera más gastos médicos para el individuo y podría hacer que el Estado reciba demandas de los ciudadanos para asegurar estos estudios en el sistema público de salud. Un falso positivo en un estudio genético podría hacer que las primas de seguro médico suban a precios exorbitantes. Además, cada estudio o procedimiento innecesario que la persona se haga tiene en sí mismo un riesgo iatrogénico. UnitedHealthcare, una de las aseguradoras más grandes de los Estados Unidos, reportó un gasto de 5,000 millones de dólares en 2010 referente a análisis genéticos, gasto que podría elevarse 5 veces³². Pero, ¿acaso se necesita un estudio genético extremadamente caro y con un nivel posible de error, o lo que sólo se necesita para evitar una gran parte de las enfermedades es un ambiente sano y una correcta alimentación? Incluso descubriendo qué

³¹ *Ibíd.*, p. 14.

³² Bonnie Rochman, “Why cheaper genetic testing could cost us a fortune”, [en línea], Estados Unidos, *Time*, 26 de octubre de 2012. Dirección URL: <http://healthland.time.com/2012/10/26/why-cheaper-genetic-testing-could-cost-us-a-fortune/> [Consulta: 31 de octubre de 2012]. De destacar es también el caso de Angelina Jolie, celebridad de Hollywood que decidió realizarse una doble mastectomía preventiva puesto que se le detectó, en un estudio genético, una predisposición “muy alta” para padecer cáncer de seno (y también de ovarios, los que se extirpó recientemente). Esto ha levantado controversias alrededor del mundo: algunos, alabando la “valentía” de Jolie y otros, denunciando tanto el riesgo de vivir obsesionados por morir como el jugar con los miedos de las personas para conseguir un lucro. Véase con respecto al último punto el artículo de Javier Marías, con un título más que elocuente. Javier Marías, “Lo mejor es no haber nacido”, [en línea], España, *El País*, 16 de junio de 2013. Dirección URL: http://elpais.com/elpais/2013/06/14/eps/1371220069_705981.html [Consulta: 17 de febrero de 2014].

funciona mal a nivel genético en una persona, el tratamiento rara vez implica una curación total, sino que sólo se pueden recetar paliativos.

El avance en equipos costosos de medicina y el cambio en el vocabulario de la salud son pruebas de los cambios políticos y tecnológicos de una época. Pero “...una proporción creciente de la *nueva* carga de enfermedades de los últimos quince años es en sí misma el resultado de la intervención médica en favor de personas que están enfermas, o podrían enfermar”³³. Illich no niega un aumento gradual de la esperanza de vida, particularmente en los países desarrollados, pero argumenta que la disminución en las tasas de enfermedades durante los siglos XIX y XX se debió, en su mayoría a una mejora en los niveles de nutrición y alimentación que llevó a que el cuerpo fuera más resistente. Es por eso que enfermedades como la diarrea, el cólera o ciertos problemas respiratorios suceden con más virulencia en los países en donde hay mucha pobreza alimentaria, independientemente de cuánta asistencia médica haya³⁴. Pero así como hay una gran pobreza alimentaria que lleva a enfermedades o que reduce el umbral de resistencia del cuerpo, también está la otra cara de la moneda: el consumo desenfrenado de alimentos rellenos con tóxicos y mutágenos que alteran el cuerpo, una auténtica epidemia contemporánea.

Desde el ámbito de la administración pública, Aaron Wildavsky reflexiona sobre las dificultades en la provisión de salud por parte del Estado, apuntando ideas que parecen concordar con algunas de las de Illich. Wildavsky trata de diferenciar dos conceptos que, en el Estado moderno, parecerían ser sinónimos: salud y medicina (o asistencia sanitaria). De esta manera:

“Que haya mayor asistencia sanitaria disponible no es igual a una mejor salud. Se calcula que el sistema médico –doctores, medicinas, hospitales- afectan alrededor del 10% de los indicadores usuales para medir la salud: empezando por si uno vive –mortalidad infantil-, qué tan bien uno vive –días perdidos por enfermedades- y cuánto vive –mortalidad adulta-. El otro 90% está determinado por factores sobre los cuales los doctores

³³ Ivan Illich, *op.cit.* (1978), p. 22. Las cursivas son del texto.

³⁴ *Ibíd.*, p. 25.

tienen poco o nulo control, desde el estilo individual de vida –si uno fuma, se ejercita o se preocupa-, pasando por las condiciones sociales – ingresos, hábitos alimenticios, herencia fisiológica- y por el ambiente físico –calidad del aire y el agua. La mayor parte de las desgracias que le ocurren a las personas se encuentran, en este momento, más allá del alcance de la medicina”³⁵.

De entrada, entonces, los sistemas de salud con sus múltiples herramientas tienen un peso mucho menos importante que otras áreas que se relacionan con el ambiente, los hábitos, las condiciones sociales, etc. (es de suponer que la relación 90%-10% es puramente gráfica). Más adelante, Wildavsky afirma que demasiado accionar médico es contraproducente³⁶. Partir de la base de que la medicina no puede resolver todo (y que más medicina no equivale a más salud) deja de ser un problema teórico-filosófico para pasar a ser un problema práctico y de repartición de fondos públicos; los gastos en salud cada día son más altos, y los beneficios son cada vez menores.

Lo que el Estado hace es vender la idea de que, efectivamente, la medicina y la salud son sinónimos, puesto que con su accionar lo único que puede proveer es de más servicios médicos, pero no realmente de salud. Es decir, el acceso a la medicina ha mejorado por apoyo e impulso del Estado pero, como la medicina no implica salud, esta última no ha mostrado avances significativos y en relación con la cantidad ingente de dinero gastado. Si el Estado sabe que la asistencia no genera, *per se*, salud, entonces es lógico pensar que tiene otras razones para gastar tanto dinero en programas de gobierno en este ámbito. Wildavsky cree que esta razón es convencer a los ciudadanos de que se les brinda “cuidados”, lo que tiene consecuencias de estabilidad tanto para el Estado mismo como para los pacientes y la industria médica. Que una persona vaya repetidas veces al doctor no tiene nada que ver con la salud, sino que sirve para convencer al ciudadano de

³⁵ Aaron Wildavsky, “Doing better and feeling worse: the political pathology of health policy”, *Daedalus*, vol. 106, no. 1, Estados Unidos, MIT Press, 1977, p. 105.

³⁶ Ídem. Sin citarlo, o incluso sin darse cuenta, Wildavsky utilizó el mismo término que Illich para referirse a los efectos de un aumento desmedido del accionar industrial.

que goza de buena salud o para diagnosticarlo como enfermo; el cuidado, efectivamente, reemplaza a la salud.

Otro problema fundamental es el de determinar cuánto “cuidado” merece una persona, o cuál es el cuidado mínimo que debe asegurarse. Wildavsky parte de la base de que definir esto es imposible, y justamente una de las características esenciales de los pacientes contemporáneos es la de exigir la mayor cantidad de cuidado posible, incluso a costa de beneficios sociales potenciales. Puesto que el sistema médico busca eliminar la incertidumbre (parte importante y probablemente inalienable tanto de nuestro sistema de salud como de cualquier sistema en general), somete a pacientes y a médicos a pedir más estudios, más tratamientos, más equipo, justamente para reducir esta incertidumbre³⁷. Esto genera gastos cada vez más elevados, que tienen la capacidad de acercarse al infinito; en la realidad, los costos médicos se elevan hasta igualar la suma de todo el dinero gastado en seguros privados y programas y subsidios de gobierno. Esto sucede porque, otra vez, nadie sabe cuánto debe costar la asistencia sanitaria. Es decir, el sistema médico gastará cada peso que se le dé. Los médicos, a su vez, no encuentran incentivos para impulsar hábitos de prevención en sus pacientes puesto que para ellos les resulta más interesante curar; y los pacientes saben que con sus hábitos hacen mal, pero siguen comportándose de igual forma, enfermándose y solicitando el auxilio del Estado (y sus arcas cuantiosas).

Si “las tasas de salud están tan tenuemente conectadas a la medicina que tienden a ser similares entre las poblaciones similares siempre que todos tengan al menos un acceso limitado al cuidado médico”³⁸, entonces resulta obvio que una medicina más barata y menos especializada no es necesariamente mala. Wildavsky cree que en el plano de la medicina resultan importantes los factores sociales y psicológicos, y que el camino para una salud pública eficiente y realmente sanadora tiene que venir en la limitación del gasto exorbitante realizado tanto por el Estado como por sus contrapartes privadas.

³⁷ *Ibíd.*, p. 108.

³⁸ *Ibíd.*, p. 113.

Consecuencias sociales y culturales de los efectos nocivos de la medicina y del discurso médico

La singularidad del pensamiento de Illich le permite salir, de una forma eficiente, de las restricciones que, como vimos anteriormente, tienen de forma marcada Álvarez y Sorín con respecto al constreñimiento de la iatrogénesis a la medicina clínica. De esta manera, Illich diferencia tres niveles de iatrogénesis causados por la industria médica:

1- Iatrogénesis clínica: esta se refiere a la iatrogénesis en el sentido médico, como los procedimientos que generan un daño directo en el cuerpo. Illich la define como “todos los estados clínicos en los cuales los remedios, los médicos o los hospitales son los agentes patógenos o ‘enfermantes’”³⁹. Los hospitales, al ser lugares artificiales, levantan inherentemente en ciertas personas una resistencia corporal que puede perturbar el supuesto curso natural de la enfermedad⁴⁰. Estos hospitales también son lugares en donde se reproducen claramente injusticias sociales:

“El dominio de los hospitales es ambiguo: teóricamente libre... está erizado de obligaciones y de límites morales en virtud del contrato sordo -pero apremiante- que vincula al hombre en general con la miseria en su forma universal. Pero mirar para saber, mostrar para enseñar, ¿no es violencia muda, tanto más abusiva cuando calla, sobre un cuerpo de sufrimiento que pide ser calmado, no manifestado? ¿Puede el dolor ser espectáculo? Puede serlo, e incluso debe serlo en virtud de un derecho sutil, y que reside en que nadie es el único y el pobre menos que los demás, que no puede recibir asistencia sino por la mediación del rico. Ya que la enfermedad no tiene la fortuna de encontrar la curación más que si los demás intervienen con su saber, con sus recursos, con su piedad, ya que no hay enfermo curado sino en sociedad, es justo que el mal de los unos sea transformado en experiencia para los otros; y que el dolor reciba así el poder de manifestar. [El rico]...pagará, incluso de hecho, para que se conozcan mejor las

³⁹ Ivan Illich, *op. cit.* (1978), p. 38.

⁴⁰ Michel Foucault, *op. cit.*, p. 37.

enfermedades por las cuales él mismo puede ser afectado; lo que es benevolencia respecto del pobre se transforma en conocimiento aplicable al rico”⁴¹.

Si los pobres son más proclives a estar en los hospitales debido a esta característica, entonces es lógico que sean más propensos a ser afectados por esta iatrogenesis. Esto también significa que los pobres están en los hospitales como conejillos de Indias, y no porque las instituciones médicas se preocupen por su salud.

2- Iatrogenesis social: La industrialización de la medicina indica que todo lo considerado como patógeno debe ser resuelto por esta industria, sin posibilidad de alternativas. La medicina, en unión con el aparato estatal, se mofa de todas las otras formas de curación que no caigan dentro de su lógica. Para Illich, esta iatrogenesis significa “todas las lesiones a la salud que se deben precisamente a esas transformaciones socioeconómicas que han sido hechas atractivas, posibles o necesarias por la forma institucional que ha adquirido la asistencia a la salud”⁴². Se busca la estandarización del cuidado de la salud, convirtiendo a este en un artículo de consumo. Esta iatrogenesis busca frenar el intercambio de valores de uso no comerciales, como la ayuda que un vecino pueda brindar a otro. De esta manera, “la maligna propagación de la medicina... convierte el cuidado mutuo y la automedicación⁴³ en delitos o fechorías”⁴⁴.

Esta negación del cuidado mutuo y propio del cuerpo esconde algo más terrible: esta misma negación del cuidado, pero a nivel social. Si la persona no puede cuidar de sí misma o de sus inmediatos allegados, tampoco podrá luchar políticamente por un cuidado que alcance a todos los ciudadanos y que vaya más allá de la lógica industrial de la medicina.

⁴¹ *Ibid.*, p. 127

⁴² Ivan Illich, *op. cit.* (1978), p. 57.

⁴³ Léase, dentro de la lógica de Illich, a la automedicación no como la medicación propia sin límite (algo que sería resultado de la invasión de la industria médica en la esfera individual), sino como el cuidado de uno mismo, como podría ser consumir ciertas medicinas naturistas para combatir un dolor de cabeza. Con respecto a la automedicación como una medicación sin límite, Illich apunta unas hojas más adelante que “en todos los países, los médicos trabajan cada vez más con dos grupos de adictos: aquellos para los que recetan medicinas, y aquellos que sufren las consecuencias. Cuanto más rica es la colectividad, mayor es el porcentaje de sus pacientes que pertenecen a ambos grupos” (*Ibid.*, p. 100). Además, la medicalización “reduce la capacidad [del individuo] para enfrentarse con un cuerpo que él aún puede cuidar” (*Ibid.*, p. 105).

⁴⁴ *Ibid.*, p. 59.

“Si se reconociera que a menudo el diagnóstico sirve como un medio de convertir las quejas políticas contra las tensiones por el desarrollo en demandas de nuevas terapias que sólo son más de los mismos productos costosos y enervantes, el sistema industrial perdería una de sus principales defensas”⁴⁵. Las discusiones instrumentales al respecto, sobre si hay que tener un servicio ilimitado de salud garantizado por el Estado o hay que incentivar al sector privado mediante el traspaso de recursos, logra distraer la atención pública del daño que la medicina, independientemente del esquema legal o administrativo en el que se encuentre, causa a la gente debido a su lógica industrial. Estas discusiones también reclaman a los médicos mayor atención y una mayor capacidad para atender una sociedad de consumo que demanda de técnicas de salud más avanzadas y, por lo tanto, más caras. Quejarse sobre tener “más” o “menos” sistema de salud esconde lo destructivo que es el sistema de salud en sí mismo envuelto en la lógica industrial de la medicina.

Para Talcott Parsons, la medicina y las definiciones que esta construye tienen repercusiones en lo social, y la construcción de un aparato nosológico es vital para el modelo clínico revisado por Foucault⁴⁶. De esta manera, Parsons nombra cuatro características del enfermo en la sociedad⁴⁷:

- Al enfermo se le exige de ciertas obligaciones sociales: Juan está enfermo, por lo tanto no debe ir a la escuela.
- El enfermo no puede ser responsabilizado por su propia enfermedad; o sea, no puede curarse por sí mismo aunque así lo desee⁴⁸.
- El estar enfermo es un estado que siempre debe ser temporal y, por lo tanto, finito; nadie puede estar enfermo para siempre.
- Estar enfermo es necesitar ayuda, particularmente de los médicos.

El enfermo, al no ser responsable de su propia enfermedad y al necesitar ayuda, generalmente es empujado al encierro del hospital (lugar que, como vimos anteriormente,

⁴⁵ Ibid., p. 61.

⁴⁶ Michel Foucault, *op. cit.*, p. 91.

⁴⁷ Talcott Parsons, “Illness and the role of the physician: a sociological perspective” en Clyde Kluckhohn, *et. al.* (coord.), *Personality in nature, society and culture*, Estados Unidos, Editorial Knopf, 1956, p. 613.

⁴⁸ Algo que Illich también criticaría, al apuntar que el curarse deja de ser una tarea del enfermo para ser un deber de los médicos, consecuentemente retribuidos económicamente por este trabajo.

alberga en sí mismo muchos peligros iatrogénicos). Potencialmente, toda la población puede tener una “desviación certificada”, y esta “desviación” tiende a extenderse a otros ámbitos de la vida. “Los diagnósticos hechos por el médico y sus ayudantes pueden definir papeles temporales o permanentes para el paciente. En cualquiera de estos casos, agregan a una condición biofísica un estado social creado por una evaluación supuestamente hecha con autoridad”⁴⁹. La condición biofísica de la enfermedad no es suficiente para describirla en su totalidad, puesto que el diagnóstico ubica y encasilla al paciente en distintos términos sociales, desde los que tendrá derecho a interactuar de ciertas maneras, y a no hacerlo de otras.

Preocupante es el caso de la vejez puesto que ver este fenómeno natural como una desviación significa recluir al anciano y pensar que necesita ayuda médica sólo por el hecho del envejecimiento de su cuerpo. El contrario de la vejez, la niñez, también está recibiendo embates de este tipo: “los padres industriales...se sienten impotentes para atender personalmente a su prole y, desesperadamente, la anegan de medicinas”⁵⁰. Suplementos vitamínicos y fórmulas en polvo para bebés prometen crear las conexiones neuronales que los niños necesitan para ser inteligentes y libres de enfermedades, al fortalecer el sistema inmune. Al recibir una intensa campaña a favor de las fórmulas para bebés, en 1970 las mujeres chilenas ya casi no daban el pecho a sus bebés. “Como resultado, el 84% del potencial de leche humana queda ahora sin producirse. Habría que agregar 32,000 vacas a las ya insuficientes pasturas chilenas para que su leche compensara –en lo posible- esta pérdida”⁵¹. En la actualidad, el mercado de fórmulas para bebé es valuado en 11,500 millones de dólares, destacando la invasión de este producto en China. Las desventajas de las fórmulas en comparación con la leche materna han sido estudiadas a profundidad⁵².

El diagnóstico no se construye en verdades, sino en suposiciones, en dudas. Las dudas -¿cuán propenso es el paciente a tener un segundo ataque al corazón después del primero, o a desarrollar cáncer, o diabetes?- construyen un molde social en el que el ahora catalogado enfermo puede desenvolverse, sin ir más allá de éste. La mera acción de

⁴⁹ Ivan Illich, *op. cit.* (1978), pp. 122-123.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 117.

⁵¹ *Ibid.*, p. 119-120.

⁵² Assadourian, Erik, “Baby formula has no place in a sustainable future”, [en línea], Reino Unido, *The Guardian*, 3 de febrero de 2014. Dirección URL: <http://www.theguardian.com/sustainable-business/baby-formula-industry-combated-sustainable-future>

diagnosticar tiene un efecto en el paciente, que puede ser positivo o negativo. De esta manera, “...los antiguos pacientes mentales, las personas que han sufrido su primer ataque cardiaco, los antiguos alcohólicos...son transformados en marginados por el resto de sus días. La sospecha profesional basta por sí sola para legitimar el estigma aunque la condición sospechada nunca existiera”⁵³. Y si antes la medicina dividía a las personas entre aquellas que podían ser curadas y las que no, ahora la prevención también divide –por ejemplo, con base en la genética.

La idea de la prevención ya ha sido incluida dentro de los esquemas de lucro, y esto puede verse con los famosos sistemas prepagos. La detección temprana de la enfermedad transforma a gente que se siente sana en pacientes ansiosos por un veredicto. Aunque se supone que el médico debe llegar a la primera entrevista con el paciente en un esquema neutral y sin prejuicios, parece ser que el médico está irremisiblemente dispuesto a diagnosticar enfermedades y pedir cantidades copiosas de exámenes médicos por miedo a no detectar una enfermedad o pasarla por alto. “La regla de la decisión médica lo empuja [al médico] a buscar seguridad diagnosticando enfermedad antes que salud”⁵⁴. La medicación prescrita después del diagnóstico responde, muchas veces, a resolver problemas dejados por medicamentos anteriores; algunos de ellos podrían haberse utilizado para salvar la vida del paciente, pero otros son administrados por afecciones relativamente inocuas, como una gripe, o como resultado de una afección que podría haberse evitado y que, incluso cuando la enfermedad está presente, podría controlarse por otros medios (como la hipertensión o la diabetes, controlables con una dieta algo rigurosa).

Illich ve en el diagnóstico y en la prescripción de medicamentos una forma de controlar la ansiedad del médico (por la posibilidad de equivocarse) y la del paciente (presente desde que decide acudir a un médico y se supone, en cierta medida, afectado por una enfermedad). La diagnosis, entonces, tiene a veces la única función de “...dar a la entrevista con el médico una conclusión mutuamente satisfactoria”⁵⁵.

3. Iatrogénesis cultural: la hospitalización del sufrimiento corporal y la denigración de cualquier terapia curativa que sea alternativa nos quita, en última instancia, nuestra

⁵³ *Ibíd.*, p. 124.

⁵⁴ *Ibíd.*, p. 127.

⁵⁵ *Ibíd.*, p. 302.

capacidad y nuestro derecho a sufrir y a manejar este sufrimiento. El dolor genera sufrimiento; pero este sufrimiento resultará completamente distinto de acuerdo a la cultura. La civilización médica tiende a convertir el dolor en un problema técnico, y de esta manera este sufrimiento pierde su significado personal. Anteriormente, “las culturas tradicionales afronta[ban] el dolor, la invalidez y la muerte interpretándolos como retos que solicitan una respuesta por parte del individuo sujeto a tensión; la civilización médica los transforma en demandas hechas por los individuos a la economía y en problemas que pueden eliminarse por medio de la administración o de la *producción*”⁵⁶. El dolor se interpreta como una falla del sistema socioeconómico y tecnológico, que no logra dar con máquinas, medicinas y procedimientos clínicos nuevos para que este sea eliminado, y que tampoco logra extender a toda la población estos “avances”. Lo subjetivo del dolor, imbuido por una cultura, parece desaparecer en el discurso médico.

Las preguntas que se hace el ser humano, las de “¿Qué pasa? ¿Cuánto más va a durar [el dolor]? ¿Por qué debo/tendría que/he de/puedo sufrir yo?”⁵⁷ no pueden ser borradas por el médico, y eso es lo que nos diferencia de un conejillo de Indias. Estas preguntas tan subjetivas son imborrables; el sujeto siempre las tendrá. Incluso si estas preguntas se pudieran borrar, tal vez el médico sabría más sobre el trastorno corporal, pero no sabría más sobre la enfermedad en su conjunto y tampoco podría ver por qué fue que, en primer lugar, el sujeto pidió la ayuda de un doctor. Ocupados como están en separar los síntomas de sus cargas sociales y subjetivas, los médicos no ven el panorama completo y se conforman con lo mínimo: el trastorno corporal debidamente categorizado y definido.

Foucault hace referencia a esta característica contemporánea de la enfermedad. El médico debe ver los síntomas aislando al paciente; es decir “paradójicamente, el paciente es un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis”⁵⁸ en búsqueda de la “verdad” de la enfermedad, sólo para darse cuenta después de que esa enfermedad es proyectada y existe puesto que hay un paciente, un cuerpo que entonces “esconde” esa supuesta “verdad”. Así:

⁵⁶ *Ibíd.*, p. 179. Las cursivas son del texto.

⁵⁷ *Ibíd.*, p. 191.

⁵⁸ Michel Foucault, *op. cit.*, p. 23.

“En el espacio fundamental de la enfermedad, los médicos y los enfermos no están implicados de pleno derecho; son tolerados como tantas otras perturbaciones evitables: el papel paradójico de la medicina consiste, sobre todo, en neutralizarlos, en mantener entre ellos el máximo de distancia para que la configuración ideal de la enfermedad, entre sus dos silencios, y el vacío que se abre del uno al otro, se haga forma concreta, libre, totalizada al fin en un cuadro inmóvil, simultáneo, sin espesor ni secreto donde el reconocimiento se abre por sí mismo, sobre el orden de las esencias”⁵⁹.

La medicina, con el surgimiento de la clínica, busca de manera casi obsesiva la “pureza” de la enfermedad, considerando al enfermo como un accidente más para el estudio de esta. Esta medicina situó a la enfermedad en vez de al hombre que sufre en su centro, y buscó medir, experimentar y evaluar mediante normas mecánicas a ésta; a su vez, con el desarrollo de la patología forense, los médicos aprenden ahora más de la muerte que de la vida⁶⁰.

Esta experimentación con base en normas mecánicas y técnicas también denigra la percepción que el propio paciente tiene sobre sí mismo y su dolencia. Hoy en día, hay una falta de contacto entre el médico y el paciente; con los avances tecnológicos, se hace más fácil echarle la culpa a una máquina si algo sale mal. “La despersonalización del diagnóstico y la terapéutica hace que el ejercicio profesional impropio deje de ser un problema ético y se convierta en problema técnico”⁶¹. El médico, entonces, resulta impune frente a errores que potencialmente podrían deberse a un accionar suyo. Asimismo, los médicos niegan la iatrogenesis, culpando a un “fundamento neurótico” de los pacientes. Los médicos, con su manía por postular resultados previsibles y ver al enfermo fuera de su entorno, se convierten en charlatanes⁶².

Referente a esta iatrogenesis, parecería que “la experiencia del sufrimiento no se resuelve más que a partir de un saber, de forma tal que estar enfermo exige de la

⁵⁹ *Ibíd.*, p. 24-25.

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 208.

⁶¹ Ivan Illich, *op. cit.*(1978), p. 44.

⁶² *Ibíd.*, p. 336.

intervención de alguien que, por sus conocimientos, pueda cuidar de aquel sufrimiento...médicos y pacientes se encuentran en una relación de intercambio, donde uno es portador de necesidades y el otro de conocimientos. Pero lo que el primero recibe no es el conocimiento y sí el *cuidado*, forma instrumental de ese conocimiento monopolizado”⁶³. Es decir que el médico tampoco ofrece o genera conocimiento hacia los pacientes sino que el ofrecimiento del cuidado es, de hecho, una forma celosa de monopolizarlo. La forma de entender tanto a la enfermedad como al cuerpo mismo pueden catalogarse dentro de la espacialización terciaria de lo patológico, en la cual “...la enfermedad, en una sociedad, está cercada, médicamente investida, aislada, repartida en regiones privilegiadas y cerradas, o distribuida a través de los medios de curación, preparados para ser favorables”⁶⁴.

El papel del sujeto frente a las diferentes formas de concebir a la salud

La explosión de las condiciones iatrogénicas de la medicina es posible gracias a una forma de razonamiento que sistemáticamente niega la capacidad de la persona y lo empuja a adquirir productos prefabricados, ya sea un auto, un modelo educativo, o un modelo de salud. Los productos homogeneizados y prefabricados son parte de la producción heterónoma; se hacen para el consumo de alguien diferente del que los produce, y generalmente responden a una lógica de mercado. La producción autónoma es diferente: los productos resultantes de ésta son consumidos por la propia persona que los hizo o por sus allegados inmediatos, y no entran en la lógica de mercado ni en la de lucro.

Los métodos utilizados para asegurarse la salud fueron, anteriormente, de producción autónoma. Incluso cuando se involucraba a un doctor, este recetaba generalmente formas de curación naturales, y que involucraban en mucho al paciente mismo (en la preparación de brebajes caseros o en los cambios de hábitos nocivos, por ejemplo). El cambio de la producción autónoma a la producción heterónoma surge con la época industrial y también con una forma de comprender la economía que necesitaba del consumo exacerbado para poder ser exitosa. Con la industrialización, la gente se

⁶³ Sergio Arouca, *El dilema preventivista*, Argentina, ed. Lugar, 2008, p. 208. Las cursivas son del texto. Rescatar la similitud del uso de la palabra “cuidado”, tanto en Arouca como en Wildavsky.

⁶⁴ Michel Foucault, *op. cit.*, p. 34.

acostumbró a consumir, y no a actuar, reduciendo de esta manera el campo de acción subjetivo. Se le dio mayor importancia a la producción heterónoma.

Es en este sentido en el que debe entenderse la medicina cuando decimos que se ha convertido en industria: genera productos heterónomos y estandarizados, y busca la maximización de ganancias alentando al consumismo. Como ya vimos anteriormente, para lograr esto la medicina niega sistemáticamente la utilidad de la producción autónoma e incluso, en una clara intervención en la política, puede presionar para que ciertas formas autónomas de cuidado de la salud sean catalogadas como ilegales. Hoy en día, “la salud, o sea el poder autónomo de afrontar la adversidad, ha sido expropiada hasta el último suspiro”⁶⁵. Incluso el acto mismo de morir se ha convertido en un asunto técnico, dividido entre la muerte cerebral y la muerte cardíaca.

Algunas críticas provisionales se han levantado desde el campo de la medicina, con resultados que no sólo no buscan socavar las bases iatrogénicas e industriales de su campo, sino que buscan afianzarlas subrepticamente. Illich ve estas críticas internas de la medicina en cinco apartados⁶⁶:

1- La producción de remedios y servicios ya sirve sus propios intereses; por eso, hay que ejercer presión y vigilancia sobre estas empresas. Todos los intentos estatales por poner un poco de control en este aspecto han fracasado estrepitosamente, las empresas médicas ejercen constantemente con su dinero poder de cabildeo sobre los aparatos políticos estatales y, si alguna ley les parece perjudicial, con ese mismo dinero pueden levantar amparos y demandas millonarias contra el propio Estado. Incluso aunque se plantearan órganos de control, estos estarían seguramente dominados por médicos (puesto que no aceptarían una supervisión lega), por lo que el esquema iatrogénico simplemente se repetiría.

2- La distribución de los remedios y los servicios médicos son desiguales; la salud debería ser nacionalizada. El Estado es, de hecho, el aliado más fuerte con el que cuenta el sistema médico para extenderse más allá de sus ámbitos comunes que, como ya vimos, genera

⁶⁵ Ivan Illich, *op. cit.* (1978), p. 276.

⁶⁶ *Ibíd.*, pp. 303-304.

efectos iatrogénicos devastadores, y una explosión aún mayor del sistema médico ya cimentado abiertamente por el Estado traería peores consecuencias. Este argumento, bajo una lógica igualitaria, no discute acerca de la iatrogenesis como parte constitutiva de la medicina industrial y, mucho menos, cómo poder reducir ésta al mínimo. Un gasto saludable en servicios de salud debe ir acompañado, primero, por un esquema de sanidad; mientras se siguen desarrollando centros de investigación para investigar una enfermedad como el SIDA (que puede ser relativamente fácil de evitar en todos los países desarrollados y aún en muchos en vías de desarrollo mediante masivas campañas a favor del uso del condón y de la sexualidad responsable), parece que los recursos monetarios no alcanzaran para asegurar agua potable (y, de esta manera, evitar enfermedades como el cólera, la disentería o el dengue) o pisos firmes (para evitar varias enfermedades gastrointestinales y respiratorias). Illich ve en esta "...espiral autorreforzante de retroalimentación institucional negativa..." la causa mayor de iatrogenesis en la actualidad.

Dentro de este punto, Illich desarrolla ideas interesantes aunque, por su crudeza, pueden resultar chocantes para un amplio número de personas, y llama al Estado a imponerse dos límites en cuanto a proporcionar salud:

"El primero se relaciona con el volumen de tratamiento institucional que cualquier individuo puede exigir: ninguna persona habrá de recibir servicios tan amplios que su tratamiento prive a otros de la oportunidad de una asistencia considerablemente menos costosa per cápita si es que, de acuerdo con el juicio de ambas y no solamente en la opinión de un experto, su requerimiento de los mismos recursos públicos posee una urgencia comparable. Por otro lado, ningún servicio habrá de imponerse contra de su voluntad...el segundo conjunto de límites se refiere a la empresa médica como un todo. Aquí la idea de la salud-como-libertad⁶⁷ debe restringir la producción total de servicios sanitarios dentro de límites subiatrogénicos

⁶⁷ La "salud-como-libertad" es una idea básica en Illich y, así, mientras menos libertad se tenga con respecto a la salud propia, más enfermizo resultará el supuesto método de cura. Dentro de la salud-como-libertad también pueden englobarse ciertos "derechos del enfermo", que serán mencionados más adelante.

que maximicen la sinergia de los modos autónomo y heterónomo de la producción de salud”⁶⁸

Dentro de esta cita, cabe destacar la solución principal que Illich ve a la problemática no sólo de la iatrogenesis, sino de la contraproductividad en general: un equilibrio adecuado entre las producciones autónomas y las heterónomas. Considerando que la medicina genera insumos para otras personas y que, por lo tanto, es parte de la producción heterónoma, Illich llama a un debido equilibrio entre esta y la producción autónoma.

¿Acaso el cuerpo no tiene *per se* una habilidad para curarse? ¿Por qué necesitamos siempre de medicamentos, incluso ante un pequeño resfrío? ¿Podrían encontrarse en formas naturistas u orientales (en resumen, fuera de la industria médica occidental) métodos efectivos de curación? Resultaría inútil combatir el cáncer con acupuntura, pero podría ser posible que, a la par de la radio y la quimioterapia, esta forma de tratamiento se utilice para eliminar los agudísimos dolores que esta enfermedad y sus curas conllevan. En un estudio realizado en 1997 por Institutos Nacionales de Salud (en inglés “National Institutes of Health” o NIH, una agencia del Departamento de Salud de los Estados Unidos), se encontró que la acupuntura podía ayudar a que las personas con cáncer sintieran menos dolor (reduciendo, por lo tanto, la cantidad de medicamentos tomados y, en consecuencia, reduciendo las posibilidades de complicaciones derivadas del uso de estos mismos medicamentos), tuvieran menos náuseas, sintieran menos fatiga, perdieran menos peso e incluso sintieran menos ansiedad o tuvieran menos posibilidad de desarrollar una depresión⁶⁹ (los posibles efectos adversos de la acupuntura, aunque existen, son relativamente inocuos). Entendiendo que el servicio médico que se presta a una persona puede faltarle a otra, Illich propone, como medida extrema, gravar como artículos de lujo productos como la insulina y los implantes mamarios, y procedimientos como la diálisis y los chequeos del corazón.⁷⁰

⁶⁸ *Ibid.*, p. 322-323.

⁶⁹ National Institutes of Health, congreso *NIH Consensus development conference on acupuncture*, [en línea] Estados Unidos, 3 - 5 de noviembre de 1997. Dirección URL: <http://consensus.nih.gov/1997/1997acupuncture107program.pdf> [Consulta: 9 de julio de 2013].

⁷⁰ Ivan Illich, *Health as one own's responsibility: No, thank you!*, [en línea] ponencia presentada en Hanover, Alemania, 14 de septiembre de 1990. Dirección URL: http://www.davidtinapple.com/illich/1990_health_responsibility.PDF [Consulta: 16 de julio de 2013].

Para la educación y el transporte, Illich también ofrece soluciones semejantes. En el primer caso, se debe revalorizar el autoaprendizaje del niño, en vez de mantenerlo encerrado en la escuela por varias horas; en el segundo caso, Illich pone como ejemplo la bicicleta como forma autónoma de transporte que puede resolver los problemas de congestionamientos y puede también agilizar el traslado de las personas. La resolución al problema de la contraproductividad en todos los ámbitos pasa por una recuperación de la autonomía personal, lo que necesariamente involucra la acción política.

La autorregulación y equilibrio entre la lógica de producción autónoma y la heterónoma en el ámbito de la salud se extenderá, necesariamente, a otras áreas de desarrollo industrial: “Sólo la gente que ha recobrado la capacidad de proporcionarse asistencia mutua y ha aprendido a combinarla con la destreza en el uso de la tecnología contemporánea, podrá también limitar el modo industrial de producción en otras áreas de importancia”⁷¹. La gente limitará los tratamientos médicos porque deseará conservar su oportunidad y su poder para sanar. Pero, ¿acaso puede existir un modelo sociopolítico que dé su lugar a la producción autónoma y busque el equilibrio con las producciones heterónomas? ¿Puede pensarse un capitalismo de esta manera? Hacer que la industria ya no busque el crecimiento desmedido en busca de capital sería, en muchos sentidos, frenar al capitalismo. Sin embargo, esto puede ser justamente lo que se necesite para evitar una hecatombe; algunos pensadores ya han analizado la posibilidad bastante real de que el capitalismo acabe ecológicamente tanto con el planeta Tierra como con la vida humana que existe sobre ella⁷².

3- La organización del gremio médico perpetúa la ineficacia y los privilegios; se debería incluir también el interés del paciente. Tanto revisando el modelo industrial de la medicina de Illich como la clínica de Foucault, queda claro que el centro de atención es la enfermedad, y no el paciente. Las asociaciones de pacientes que pelean por sus derechos se

⁷¹ Ivan Illich, *op. cit.* (1978), p. 16.

⁷² Para ahondar en este tema, se propone la revisión de Edgardo Lander, “Los límites del planeta y la crisis civilizatoria. Ámbitos y sujetos de las resistencias”, [en línea], 2013 Dirección URL: <http://es.scribd.com/doc/133032917/Los-limites-del-planeta-y-la-crisis-civilizatoria-Edgardo-Lander-pdf>[Consulta: 18 de julio de 2013]; James O’Connor, “¿Es posible el capitalismo sostenible?”, *Papeles de Población*, n° 24, abril-junio, México, Universidad Autónoma del Estado de México, 2000; y Eduardo Gudynas, “La ecología política de la crisis global y los límites del capitalismo benévolo”, *Revista de Ciencias Sociales*, n° 36, enero, Ecuador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2010.

asemejan más a grupos de defensa del consumidor y generalmente se enfocan en casos de mala praxis o negligencia médica, por lo que sigue sin haber una crítica al modelo iatrogénico de la medicina industrial. Otros grupos de pacientes reciben financiamiento de las mismas empresas farmacéuticas para promover ciertos medicamentos y descalificar a otros.

4- Con mayor competencia en el ámbito de la medicina, habría más beneficios; no hay que descartar formas anteriores o nuevas, como la quiropraxia o los grupos de encuentro. Los nuevos tratamientos complementarios pueden ser muy benéficos para el paciente y para el incremento general de la salud (como vimos con el caso de la acupuntura), aunque estos deben acompañarse de una crítica profunda al sistema médico del que buscan alejarse. Si estos nuevos tratamientos entran al sistema médico (por ejemplo, haciendo de la acupuntura un tratamiento obligatorio para los pacientes con cáncer y debidamente cubierto por un seguro de gastos médicos), entonces la crítica a este mismo sistema se desvanece.

5- La mayor parte del dinero en salud va para la persona enferma; se debería dar más dinero a crear ambientes sanos, en donde se hablaría de poblaciones. Anteriormente hablamos también de la importancia de desarrollar un ambiente sano para mantener un grado de salud mínimo, y a esto no apunta esta crítica. El problema con el desarrollo de los ambientes sanos está en que los médicos son, generalmente, quienes están a la cabeza de este tipo de proyectos. Esto, obviamente, mina la capacidad de la persona y de la propia comunidad para elegir y razonar sobre sus propias necesidades, a la vez que mantiene intacto el endiosamiento de los médicos tan característico de este modelo de salud. En este caso, sería interesante probar con grupos de trabajo compuestos en su mayoría por gente lego.

El papel de los legos en la medicina tendrá el papel de desprofesionalizar a la medicina, y así se podrá "...desenmascarar el mito según el cual el progreso técnico exige la solución de problemas humanos por medio de la aplicación de principios científicos, el mito del beneficio obtenido por un aumento en la especialización del trabajo, y por la multiplicación de manipulaciones arcanas, y el mito de que la creciente dependencia de la gente del acceso a instituciones impersonales es mejor que la confianza mutua"⁷³. Los

⁷³ *Ibíd.*, p. 340.

ambientes más sanos, además, no sólo requieren de medidas básicas sanitarias, sino de un modelo de producción que se aleje de los riesgos de la producción industrial. La industrialización en todos sus ámbitos está distorsionando el ambiente en el que vivimos, y en vez de pensar en paliativos se debe de pensar en una crítica al modelo industrial en su totalidad.

Después del desarrollo de “Némesis médica”, Illich propone una definición de salud:

“La salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto sino de una reacción autónoma moldeada culturalmente ante la realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, de crecer, madurar y envejecer, de curarse cuando está uno lesionado, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. La salud abarca también lo futuro y por tanto comprende la angustia y los recursos internos para vivir con ella. La salud es una tarea y como tal no puede compararse con el equilibrio fisiológico de las bestias. En esta tarea personal el éxito es en gran parte resultado del conocimiento de uno mismo, la autodisciplina y los recursos internos mediante los cuales cada persona regula su propio ritmo cotidiano, sus acciones, su régimen de alimentación y sus actividades sexuales”⁷⁴.

En esta definición hay varias ideas que resultan interesantes:

- Entender a la salud como un proceso de adaptación, y no como una mera homeostasis. En esta adaptación, obviamente entra el cambiar el entorno en el que vivimos. De esta manera, la salud en los seres humanos se diferencia de la salud en el resto de los animales.
- El proceso de salud implica necesariamente el proceso de envejecer y, eventualmente, morir. La medicina médica, viendo a la vejez como algo malo y a la

⁷⁴ *Ibíd.*, pp. 364-365.

muerte como el peor de todos los males, crea una salud artificial. El sistema de salud, “como cualquier otra industria en crecimiento...dirige sus productos adonde la demanda parece ilimitada: en la defensa contra la muerte”⁷⁵.

- Lo mismo sucede con el sufrir; la medicina actual busca limitar el sufrimiento en una medida tal que busca bloquearla y, de esta manera, el paciente no puede aprender nada de este. Las ideas y concepciones de salud están íntimamente ligadas con la cultura, y es por esto que en la actualidad ser joven es ser sano y ser viejo, enfermo; una prueba de ello son las explosiones de cirugías plásticas que buscan “detener el tiempo”.
- Esta idea de salud no incluye específicamente a los médicos o a la medicina, sino que el énfasis está en el individuo, en uno mismo, y es por esto que Illich llama a regular las acciones en general y piensa que la salud también abarca el futuro. La medicina, sin embargo, sí tiene un lugar en la salud para Illich pero regulada por legos para evitar la iatrogenesis, puesto que esta se ha vuelto “...médicamente irreversible”⁷⁶.
- La salud y la estabilidad del número poblacional incluyen, entonces, la alimentación, el agua y el aire, además de un nivel mínimo de igualdad sociopolítica y ciertos mecanismos culturales. La política juega un papel preponderante en el plano de la salud, tanto para incentivar la salud como para incentivar, por el otro lado, la medicina industrial y sus efectos iatrogénicos; el derecho a la autoasistencia debe estar garantizado tanto legal como políticamente⁷⁷. También debe pensarse en la política cuando se menciona un plano de igualdad como parte necesaria de la salud.

El Estado debe, entonces, estimular las condiciones que le permitan ala persona contar con salud, pero no imponiendo modos industriales de medicina, sino permitiendo y alentando

⁷⁵ *Ibíd.*, p. 143.

⁷⁶ *Ibíd.*, p. 49.

⁷⁷ *Ibíd.*, p. 51.

un ambiente de conocimiento. Por ejemplo, el Estado no debería permitir la publicidad engañosa de muchos medicamentos, y debería resaltar las ventajas de la prevención y la moderación. Puesto que la salud es una tarea “personal”, no hay una respuesta única para todo el mundo, y no hay un medicamento que nos libre de todos nuestros males.

Nuevos derechos del enfermo y reivindicación de la esfera subjetiva frente al accionar médico

Sorprendentemente, uno de los críticos más fuertes que tuvo “Némesis médica” fue el mismo Iván Illich, quien dedicó más tiempo a escritos religiosos después de sus amplias discusiones sobre la contraproductividad. Sus escritos posteriores y conferencias sobre salud son más bien reducidos, y centrados en una visión mesiánica a la vez que pesimista del mundo en el que vivimos.

Como primer punto, cabe resaltar “Doce años después de *Némesis Médica*: por una historia del cuerpo”, conferencia presentada en 1985. Aquí, Illich revisa concienzudamente su “Némesis médica”, añadiendo una idea central: la iatrogenesis corporal o del yo. Nuestro cuerpo y nuestro yo son el resultado de concepciones médicas extrapoladas a otros ámbitos de la vida humana, por lo que Illich se propuso realizar la historia del cuerpo en Occidente⁷⁸. Este cuerpo moderno, conforme al modelo industrial, va ataviado de la idea de un modo de vida incesantemente rodeado por *tests* y aparatos modernos pero que no tienen porqué estar apegados a la medicina y, por lo tanto, el cuerpo es en sí mismo una construcción histórica cuyo origen tiene que rastrearse. “Desde siempre, los cuerpos sólo han existido en función de un contexto. Responden a su época en la medida en que a ésta la vive un grupo específico”⁷⁹.

Tanto el yo como el cuerpo y la vida individuales son concepciones relativamente modernas. En este sentido, las críticas que Illich hacía en “Némesis médica” requieren entonces del agregado de la iatrogenesis corporal o del yo, aunque las ideas sobre qué hacer para combatir esta iatrogenesis son mucho más confusas y difíciles de teorizar que las relacionadas con la iatrogenesis clínica, social y cultural. ¿Acaso se puede aplicar la

⁷⁸ Ivan Illich, “Doce años después de *Némesis Médica*: por una historia del cuerpo”, *Obras completas II*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 604.

⁷⁹ *Ibíd.*, p. 607.

solución vista anteriormente, aquella relacionada con un sano equilibrio entre las producciones autónomas y heterónomas? ¿Qué significa exactamente una producción autónoma del cuerpo, y qué significa una producción heterónoma de este mismo?

El discurso de Illich aquí se radicaliza: a pesar de tener sólo 12 años de diferencia, dice que “el carácter simbólico de los cuidados de la salud ha cambiado”⁸⁰, que “...la participación de la medicina en la búsqueda patógena de la salud sólo juega actualmente un papel menor”⁸¹, y que el intento de la medicina por monopolizar la construcción social de la realidad corporal “no duró”⁸². La medicina ha cedido su lugar a una “confusa mezcla de tecnología avanzada y de fitoterapia, de biotécnica y de asistencia a sí mismo [que] está funcionando para crear la realidad vivida, incluso la del cuerpo”⁸³. En esta nueva realidad hay un individuo “...que se objeta a sí mismo, que se considera como el ‘productor’ de su cuerpo”⁸⁴. Responsabilizarse por el cuerpo propio parece ser ahora “malo”, e Illich criticará, en este nuevo razonamiento, a las personas que atienden su cuerpo yendo al gimnasio o incluso atendiendo terapias alternativas. Si bien uno puede entender esta idea adscribiéndola a la concepción de la explosión de la industria del cuidado personal (con espacios como las “boutique-gym” y la venta de suplementos alimenticios para engrosar los músculos), las personas que corre o que realizan algún deporte por su cuenta no pueden caer en la misma crítica.

En “La construcción institucional de un nuevo fetiche: la vida humana” (1989), Illich habla frente a un público claramente religioso (el mismo Illich era católico y había sido sacerdote por mucho tiempo) al que atavió de ideas religiosas. Sus aportaciones teóricas, aunque interesantes, deben ser releídas para poder, de esta manera, quitar el aspecto teológico y rescatar el aspecto filosófico.

¿Por qué este autor está tan en contra de las instituciones? Aquí lo aclara de una manera brillante: nombra como una de las características principales de las instituciones del siglo XX “...su capacidad para crear entidades que pueden definirse como necesidades y que, a su vez, definen recursos que pueden percibirse como si fueran escasos”⁸⁵. A pesar de

⁸⁰ *Ibíd.*, p. 603.

⁸¹ *Ibíd.*, p. 604.

⁸² *Ibíd.*, p. 608.

⁸³ *Ídem.*

⁸⁴ *Ibíd.*, p. 609.

⁸⁵ *Ibíd.*, p. 610.

la sociedad posindustrial, y del supuesto “empoderamiento” y “autonomía” del ser humano frente al modelo anticuado cuya expresión máxima es el fordismo, la relación productor-consumidor en poco ha cambiado. “A pesar de toda la insistencia en la ‘satisfacción al cliente’, la gerencia pos-industrial continúa viendo al cliente como un receptor pasivo; si bien son admitidas sus preferencias cambiantes y más o menos ‘ocultas’, la gerencia presupone, en realidad, una doble condición de inactividad del cliente: que depende, en cuanto a la atención de sus necesidades, del proveedor de bienes y servicios; y que ‘no inventa nada’...”⁸⁶. Es decir que los cambios de la sociedad industrial a la posindustrial, en el nivel económico y gerencial, no tienen porqué haber cambiado la noción de iatrogenesis de Illich, escrita en la primera época. Se habla de “libertad de elección”, y no de la “capacidad de producir” del consumidor, por lo que todavía éste es visto como alguien pasivo, que no puede hacer nada y que, por ende, debe solamente consumir. En estos tiempos, Illich argumenta que la entidad establecida más poderosa es la de la “vida”, que adquiere características legales, médicas, económicas y bioéticas.

Si los bienes son escasos y las necesidades (o la capacidad de las instituciones de crearlas) son infinitas, entonces la idea de la gestión entra en escena; alguien debe de gestionar para garantizar que los recursos no se acaben y que se satisfaga la mayor cantidad de necesidades posibles. Es con este pensamiento que hay una explosión de agencias, tanto gubernamentales como privadas, que se dedican a la gestión. “El poder inquietante de las instituciones modernas reside en su capacidad de crear y de nombrar la realidad social que los expertos forjan con el fin de administrarla”⁸⁷. Estas necesidades, a su vez, se traducen en un derecho⁸⁸: derecho a que las niñas pequeñas puedan someterse a cirugías caras para agrandarse los senos o retocarse la nariz, derecho a que una persona pueda operarse para cambiarse de sexo, derecho a contar con electricidad barata a costa de tirar los desechos nucleares en países del tercer mundo, etc. Estos derechos se convierten en presiones para

⁸⁶ Roberto Passos Nogueira, *op. cit.*, p. 163.

⁸⁷ *Ibíd.*, p. 613.

⁸⁸ Esto también recuerda a una de las frases más famosas de Eva Duarte de Perón: “Donde existe una necesidad, nace un derecho”. Illich, definitivamente, estaría en contra de esta frase; por ejemplo: “En nuestros días, cualquier nueva necesidad profesionalmente comprobada toma, tarde o temprano, la forma de un derecho. Una vez promulgado bajo la presión política, ese derecho engendra nuevos empleos y nuevos productos. En su momento, cada nuevo producto degrada una actividad de la que, hasta aquí, la gente tenía la iniciativa para su propio beneficio...el poder que tienen los profesionales de señalar lo que es bueno, justo, legítimamente fabricable, falsea en ‘cualquiera’ la facultad de vivir ‘a su medida’”. Iván Illich, “La convivencialidad”, *Obras completas I*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 522.

que el Estado asuma todos estos costos y compromisos. Los médicos aparecen como los gestores de la vida individualizada y, puesto que esta vida es el mayor valor de las sociedades modernas, el doctor adquiere una importancia vital⁸⁹.

Aquí puede encontrarse también una tentativa de respuesta a la iatrogenesis corporal o del yo a la que se refería un par de años antes: el problema está en entender a la vida como “una” vida y no como una vida “hipostática”; es decir, una vida en donde uno es ser humano y, a la vez, es Dios, como Jesús. Esta vida está lejos de ser medida, administrada, gestionada, rellena de derechos y con posibilidad de ser extendida artificialmente por el uso de la medicina. La vida como parte de uno mismo nace con Lamarck y la biología, alejada de los esquemas clasificadores y definida como la ciencia de la vida; esto también va ligado al desarrollo del individualismo del siglo XIX. La defensa de la visión individualizada de la vida es lo que provoca las críticas que Illich hace a la ética médica y a la bioética: “la ética médica es un oxímoron, del mismo tipo que el sexo sin riesgos, la protección nuclear y la información militar”⁹⁰.

Para 1990, Illich había cambiado radicalmente su visión acerca del papel del paciente con respecto a su enfermedad, y si antes pedía de parte de este una activa participación produciendo de una forma autónoma, ahora radicaliza sus ideas primeramente expuestas en “Doce años después de *Némesis médica*”. Un discurso dado en Hanover en 1990 recibió el título explícito de “Health as one’s own responsibility - No, thank you!”. Illich había comenzado a percibir las cosas de una manera drásticamente pesimista, y había llegado a la conclusión de que el sistema industrial había llegado para quedarse. Tenía, sin embargo, un atisbo de esperanza y creía al menos en un espacio para la autonomía (poder decir “no” es, al menos, una muestra de ello). Este “no” se refleja en cinco aspectos:

- 1- El ser humano no necesita de un tutelaje técnico-médico para gozar de salud, y la idea misma de salud no debe ser un monopolio de los médicos, sino que los legos deben tomar cada vez más lugares de importancia en este ámbito.

⁸⁹Ibíd., p. 621.

⁹⁰Ibíd., p. 622.

- 2- Su “no” principal se refiere a que no es cierto que los bienes de la salud sean escasos y, por esto mismo, la gente sufra de enfermedades (su preocupación sobre el mito de las necesidades infinitas y los bienes escasos producidas por las instituciones modernas seguía preocupándole). “Hoy en día, la gente muere de hambre, y no por una falta de medicinas o de intervenciones quirúrgicas”⁹¹. Esta gente pobre, además de sufrir de hambre, recibe tratamiento médico malo y malbaratado que le ocasiona también daños a su salud.

- 3- Su tercer “no” se refiere a la posibilidad de pensar en que la responsabilidad puede ubicarse en cada persona. “Unas décadas atrás...me parecía posible que pudiera responsabilizarme para rehacer este mundo manufacturado. Hoy sé qué tan infructuoso esto es. La responsabilidad es una ilusión. En este mundo, ‘estar sano’ se reduce a una combinación de disfrute de técnicas, protección del ambiente y adaptación a las consecuencias de las técnicas, y estos tres componentes son, inevitablemente, privilegios”⁹².

- 4- Su cuarto “no” se refiere a la posibilidad de que pueda existir una nueva ética de la responsabilidad en el plano de la salud. Este “no” se levanta en contra de los “sí” que profiere la gente cuando se les vende la idea del progreso, y de que cierta máquina nueva es mejor que la otra sólo porque es moderna.

- 5- Su último “no” está dirigido a la medicina implantada de manera obligatoria (recordando sus ideas de salud-como-libertad). Decir “no” a esta medicina industrializada podría acercarnos más a las miles de millones de personas que viven hoy en la miseria, para lograr una empatía.

En este discurso, Illich calcula cuán difícil es lograr el cambio en la estructura industrial en la que vive el mundo hoy. El desafío es tan grande, que la palabra “renunciamento” le

⁹¹ Ivan Illich, *op. cit.*(1990), pp. 2-3.

⁹² Ídem.

parece muy chica, y utiliza el término “ascetismo”⁹³. Ser asceta significa dejar de lado todas las certidumbres axiomáticas en las que el mundo parece vivir, y los conceptos de salud y de responsabilidad son parte de estas. El problema con este sistema es que está obsesionado con la idea de la muerte como inherentemente mala, y lo que le pide Illich es una “autoextinción”, que podría lograrse sólo con la integración lenta de la importancia del sistema inmune de las personas dentro de un esquema socioeconómico global⁹⁴. Illich habla de “autoextinción” en vez de suicidio por dos razones: piensa que la autoextinción es realmente algo mucho más complicado, y porque busca “...tolerancia para el suicidio en una sociedad que se ha convertido en ‘amortal’”⁹⁵. Para comenzar este gran cambio, Illich propone nuevos derechos para los pacientes:

- La libertad de declararse a sí mismo como enfermo.
- La libertad de rechazar cualquier o todo tratamiento médico.
- La libertad para tomar cualquier tratamiento de su elección
- La libertad de ser tratado por una persona de su elección, sea un médico, un homeópata, un astrólogo, una bruja o alguien más.
- La libertad de morir sin diagnóstico.

Cuando Illich habla de que responsabilizar al enfermo es casi un insulto, o incluso una blasfemia, se refiere a que los factores ambientales y sociales iniciados con el industrialismo tienen un peso muy importante en las enfermedades actuales, y que el campo de acción del sujeto es tremendamente menor que en épocas anteriores. Pero, si retomamos “Némesis médica”, ¿la crítica no podría enfocarse en qué sí puede hacer la persona, y en los resultados que se verán sobre la salud en general cuando los legos comiencen a minar el poder del discurso médico, secularizándolo y haciéndolo, se supone como resultado, accesible a todos?

En uno de sus últimos escritos sobre el tema de salud, “Brave new biocracy”, Illich retoma las denuncias a la burocracia médica, una burocracia que rige “desde la cuna hasta

⁹³ Illich utiliza la palabra “askesis” en inglés, término griego que significa “ejercitar” o “entrenar” y del que deriva etimológicamente la palabra “ascetismo”.

⁹⁴ Ibid., p. 5.

⁹⁵ Idem.

la tumba”⁹⁶. En notas que pueden asemejarse a “Némesis médica”, Illich afirma que la población le ha cedido por completo el control a los médicos para definir quién está enfermo y cómo debe ser tratado éste; el paciente, a su vez, encerrado en definiciones técnico-médicas, pierde su propia habilidad para sanar. A su vez, denuncia de nuevo la metamorfosis de la persona en una vida, capaz de ser medida y atendida técnicamente. El pesimismo vuelve a aparecer: incluso la esperanza por el nacimiento de una persona se ha visto corrompido y rodeado por términos legales y médicos. En un mundo falto de dignidad, esta “...no será encontrada en los servicios universales de salud que ahora se demandan, sino en una autonomía higiénica y en la fundación de un nuevo arte del sufrir y del morir”⁹⁷. También busca desmitificar a los sistemas de salud:

“Muchas personas están confundidas acerca de algo que se denomina ‘salud’. Expertos parlotean intencionadamente de ‘sistemas de salud’. Algunas personas creen que sin acceso a tratamientos caros y sofisticados, la gente se enfermará. Todos se preocupan acerca del aumento de los costos de la salud. Incluso se puede escuchar hablar de una ‘crisis del sistema de salud’...y creo que es necesario afirmar la verdad de la condición humana: sufro dolor, me aquejan ciertos impedimentos, ciertamente moriré. Algunos sobrellevan mayor dolor, otros se debilitan más por las enfermedades, pero todos por igual afrontamos la muerte”⁹⁸.

También, “...es tiempo de clarificar que ciertas situaciones y circunstancias son ‘enfermizas’, antes que hablar de personas enfermas. Los síntomas que nuestra medicina moderna trata de aliviar tienen poco que ver con la condición de nuestros cuerpos; son, más bien, señales que apuntan a los desórdenes y presunciones de las maneras modernas de trabajar, jugar y vivir”⁹⁹. Aceptar que la búsqueda desenfadada de salud puede acarrear enfermedad no es fácil, e Illich llama a la tarea diaria de aceptar la fragilidad y contingencia

⁹⁶ Ivan Illich, “Brave new biocracy: health care from womb to tomb”, [en línea], *New perspectives quarterly*, núm.1, vol. 11, Estados Unidos, Wiley, 1994. Dirección URL: http://www.davidtinapple.com/illich/1994_biocracy.html [Consulta: 18 de julio de 2013].

⁹⁷ Ídem.

⁹⁸ Ídem.

⁹⁹ Ídem.

de los seres humanos como paso primero para una búsqueda de la salud, y cierra con una frase que contrasta enormemente con su pesimismo: “Sí, sufrimos dolor, nos enfermamos, morimos. Pero también anhelamos, reímos, celebramos; conocemos la alegría de cuidar a alguien más; a menudo nos curamos y nos recuperamos de muchas maneras. No tenemos que perseguir el camino del aplanamiento de la experiencia humana”¹⁰⁰.

Resulta interesante ver cómo el discurso de Illich, aunque deja de centrarse en la industria médica debido a su supuesta pérdida de poder monopolizador en cuanto a la construcción social del cuerpo, no se separa en mucho de estas ideas. Y si incluso se pudiera argumentar que la medicina ha cedido algo de lugar a nuevas industrias (la de los suplementos alimenticios, la de los libros de autoayuda, etc.), parece bastante evidente que el discurso médico no ha perdido ni su importancia ni su eficacia a la hora de hablar del cuerpo humano, y resulta muy cómodo para que estas nuevas industrias, bajo un idioma considerado científico, se legitimen. La mercadotecnia inventa un cierto acercamiento entre el médico y el paciente para vender más: escondiendo un poco de lenguaje técnico –para hacerlo creíble para el público–, un doctor sale generalmente con alguna figura reconocida hablando sobre las maravillas de cierto medicamento o tratamiento. Aparentemente, aún hoy la medicina se sustenta en un endiosamiento tanto de sí misma como de sus “sacerdotes médicos”, que acercan al lego para su beneficio los “vastos conocimientos” médicos.

El Illich de “Némesis médica” y el posterior son, en muchos aspectos, muy distintos. Roberto Passos Nogueira, en un estudio dedicado a la obra del autor alemán, marca estos dos momentos como la primera crítica, y la segunda crítica a la salud. A modo de resumen:

- La primera crítica, la de “Némesis médica”, se centra en una resolución posible entre la producción autónoma (la salud que uno o sus cercanos le pueden proporcionar) y la producción heterónoma (la dada, evidentemente, por el sistema médico) por medio de la regulación de las dos. Esta regulación es una lucha tanto política como ética y hasta económica, pero los cambios pueden comenzar por las personas, quienes pueden ejercer presión y verse a sí mismos y a su salud de una forma diferente de lo que la industria médica (la percibida como enemiga) pretende,

¹⁰⁰ Ídem.

pero no existe una forma de producción mejor que la otra mientras que las dos estén en equilibrio.

- La segunda crítica, que inicia con “Doce años después de *Némesis médica*”, se caracteriza por un pesimismo creciente, que lo aleja de las ideas de responsabilizar a la persona y lo acercan más a ideales religiosos y métodos de convivencia, por decir lo menos, utópicos. Estas ideas utópicas alcanzan su cenit con la conceptualización de las sociedades vernáculas, conglomerados de gente alejados por completo del mundo industrial y que sólo consumen lo que producen. La idea, aunque muy romántica, resulta imposible de aplicar (al menos para la gran mayoría de las personas), y también resulta una forma fácil de huir de una discusión que él mismo Illich tanto había enriquecido: la de cómo cambiar la sociedad contemporánea para evitar que siga destruyendo no sólo al sujeto, sino incluso a la raza humana. La producción autónoma, en esta segunda crítica, adquiere una importancia tan grande, que la producción heterónoma es catalogada como mala *per se*. Dentro de este segundo momento del pensamiento de Iván Illich puede ubicarse la idea de gravar la insulina o los electrocardiogramas como artículos de lujo, idea vista anteriormente.

Es importante, entonces, hacer un trabajo para recuperar la idea de la producción autónoma no como inherentemente buena, pero sí como necesaria para el desarrollo sano del ser humano. Se puede extraer, de la concepción de las sociedades vernáculas, la idea de “...que todos precisamos, individual, familiar y comunitariamente, de ciertas protecciones personales contra el poder corrosivo del mercado y del consumismo contemporáneos”¹⁰¹.

Rescatar el concepto de producción autónoma de la primera crítica a la salud es fundamental porque es el que permite catalogar a Illich como un posmoderno, puesto que “...el abordaje de Illich no hace de la autonomía un principio de una metanarrativa de emancipación del sujeto, sino que la concibe a través de sus resultados prácticos, por el lado de la efectividad de diversas formas institucionalizadas o comunitarias de práctica

¹⁰¹ Roberto Passos Nogueira, *op. cit.*, p. 86.

social...”¹⁰²; la autonomía inherentemente buena de la segunda crítica haría de Illich un metafísico.

En relación a la producción autónoma y heterónoma, parece Illich suponer que la lógica mercantil depende de la relación que pueda entablar con relaciones no mercantiles para no hacer del consumo algo depredador y destructivo para todos (es decir, el ya tan mencionado equilibrio entre las producciones autónoma y heterónoma). Dentro de la producción autónoma, Illich logra unir las cuestiones individuales, sociales y culturales que rodean a una persona. “Lo que Illich pretendía alcanzar con el equilibrio entre autonomía y heteronomía...era un cambio social que terminara con la unilateralidad del *Homo oeconomicus*, que gradualmente fue dejando de saber, hacer, hasta especializarse completamente en la heteronomía del comprar, del vender y del consumir”¹⁰³. El sano equilibrio entre autonomía y heteronomía es básico para lograr la libertad.

El reto en América latina es aún mayor, pues hay que inevitablemente hablar de subdesarrollo y también de presiones del mundo desarrollado para adoptar sus modelos. Durante la década de los 80, cuando la región estaba volviendo a la democracia, se discutió mucho en la región la idea de un modelo preventivista de la medicina. Este movimiento fue particularmente fuerte en Brasil, y comenzó en este país con la publicación de la tesis doctoral de Sergio Arouca en 1975, cuyos postulados después sirvieron para repensar la salud en toda la región latinoamericana.

La medicina preventiva postuló el debate centrándose en algunos puntos¹⁰⁴:

- La no prevención genera el encarecimiento de la salud en general.
- La hiperespecialización de la medicina no ve al hombre como un todo, sino por cada uno de sus órganos.
- El conocimiento médico no debe ser sólo biológico. Cuando la fundación de la OMS, en 1946, se estableció que la salud estaba compuesta del bienestar físico, mental y social. Las relaciones de los problemas sociales con la salud son

¹⁰² *Ibíd.*, p. 97.

¹⁰³ *Ibíd.*, p. 144.

¹⁰⁴ Sergio Arouca, *op. cit.*, p. 37.

“...acrecentados ahora por una nueva dimensión, la de lo psicológico desarrollada por Freud”¹⁰⁵.

- La medicina curativa e industrial no se relaciona con la comunidad, sino que busca imponer su punto de vista a los pacientes.
- La educación médica adolecía de estas cosas y más en los países subdesarrollados, que estaban formando médicos según los patrones de los países desarrollados y que, por lo tanto, eran extraños a su propio medio local.

Esta medicina, al enfrentarse a las condiciones reales de la región latinoamericana, busca ser:

- Crítica: cuestiona la educación y el rol del médico.
- Apologista: cuando se asume como una forma de pensar que puede superar y resolver mejor las cuestiones de la salud.
- Tecnocrática: cuando busca instrumentarse como parte de una salud pública y también la administración de empresas de salud.

En América latina, región en la que el Estado ha ocupado el centro de la discusión, la medicina preventivista se acerca más al aparato estatal y se aleja de la sociedad civil -al contrario de lo que sucede en los Estados Unidos. Se buscaba la creación de un círculo virtuoso para romper con el círculo vicioso de la pobreza -es decir, uno se enferma porque es pobre, lo que lo hace más pobre aún y lo hace más propenso a enfermedades. La medicina preventiva parte de una “ausencia jerárquica de las determinaciones”¹⁰⁶ de la enfermedad, por lo que todas las disciplinas resultan importantes.

Sin embargo, y en algo que había advertido Illich y que lo desesperanzó, muchos de estos discursos aparentemente útiles y salidos de los esquemas médicos fueron rápidamente tomados como excusa para recortar gastos en salud buscando una “efectividad” que nunca llegó (resulta bastante obvio que la idea de una medicina supervisada por legos no significa que expertos en gestión recorten presupuestos de salud allí donde les plazca). El discurso

¹⁰⁵ Ídem.

¹⁰⁶ *Ibíd.*, p. 121.

del preventivismo, que ya existía en los Estados Unidos desde mediados del siglo XX, se fue incorporando poco a poco al esquema médico industrial; sin embargo, algunas ideas resultan útiles, y más si se las piensa en el contexto latinoamericano.

Todos los apuntes hechos hasta ahora se han enfocado en las enfermedades, en general. En el siguiente apartado, se analizará porqué los trastornos mentales resultan diferentes de las enfermedades físicas. A pesar de esto, dentro de la industria médica las enfermedades físicas y los trastornos mentales se estudian, diagnostican y tratan prácticamente de la misma manera.

La salud mental en la era contemporánea

Después de la revisión tanto filosófica como histórica emprendida por Illich y Foucault, se podría creer que los posibles cambios a esta industria médica son difíciles. La idea de la necesidad imperiosa que tiene el ser humano por tener una “mejor” medicina nos ha orillado a extremos impensables hace medio siglo. Una amplia gama de nuevas “enfermedades” se abre ante nuestros ojos, “enfermedades” incomprensibles y que definitivamente reciben atención de parte de la industria médica y, potencialmente, de los sistemas públicos de salud. Sin embargo, una cosa es hablar de nuevas *demandas* para el sistema de salud, y otra muy diferente es hablar de nuevas *enfermedades*¹⁰⁷. El Internet nos da un buen acercamiento: en la página web “phobialist.com”, se puede encontrar la “Lista de las fobias”, con conceptos como la “cromofobia” (miedo a los colores), la “dikefobia” (miedo a las instituciones judiciales) o la “sesquipedaliofobia” (miedo a las palabras largas). Puede también nombrarse una nueva afectación como la fibromialgia, una enfermedad que provoca dolores en los músculos y en los huesos sin razón aparente. Otras afecciones pueden ser entendidas como “típicas del estilo de vida”, como las que pretenden curar el *jetlag* o la disfunción eréctil.

Parece ser que, hoy en día, aparecen enfermedades que están de moda, con algunas de estas características¹⁰⁸:

- Los pacientes presentan quejas vagas, subjetivas y dispersas.

¹⁰⁷ Antoni Talarn (comp.), *Globalización y salud mental*, España, ed. Herder, 2007, p. 198.

¹⁰⁸ *Ibíd.*, p. 259.

- No se encuentran hallazgos objetivos en muestras de laboratorio.
- Se dan explicaciones cuasicientíficas para la enfermedad (puesto que, como se vio en el punto anterior, no existen pruebas contundentes de laboratorio).
- Presencia de síntomas compatibles con angustia o depresión, o ambos.

Hay una marcada importancia en los síntomas como algo que debe ser eliminado, sin necesariamente entenderlos como algo que puede mostrar causas para la enfermedad. Si el enfoque está en los síntomas a eliminar y no en la enfermedad, entonces no debería resultar sorprendente que en la actualidad haya una explosión de nuevos síndromes (cuadro clínico consistente en un conjunto de síntomas que aparecen juntos). Por ejemplo, el “síndrome del colon irritable”, un conjunto de dolencias en el área intestinal que no tiene una explicación certera; el “síndrome premenstrual”, en cuya definición se engloban las molestias que las mujeres sienten antes de tener su menstruación; o el ya famoso “síndrome o trastorno de déficit de atención”.

Todas estas nuevas enfermedades han sido también nombradas como “no enfermedades”¹⁰⁹: es decir, problemas o procesos humanos definidos desde algún lugar como enfermedades y para las cuales, de hecho, se obtendrían mejores resultados si no se las considerara como enfermedades (puesto que definir las como tales implica que existe un “tratamiento”). La idea de la industria médica como aquella que busca conceptualizar y definir enfermedades en vez de buscar la salud surge otra vez.

En el plano de la salud mental, la discusión previa en torno a los efectos nocivos de la medicina y sus efectos resulta aún más urgente que en el resto de las demás discusiones sobre salud. En primer lugar, cabe destacar que en salud mental no se habla de enfermedades sino de “trastornos” mentales. Mediante la idea de “trastorno”, se pretende dar a entender que en salud mental no hay afecciones meramente biológicas, sino que también deben tenerse en cuenta el ambiente en el que se desarrolla el sujeto, sus propias creencias, etc. Los trastornos mentales tienen más que ver con problemas en la vida que con problemas en el cerebro¹¹⁰. Pero, lamentablemente, los problemas de la vida no pueden ser resueltos por una ciencia, por lo que el camino que ha tomado la psiquiatría ha sido la de

¹⁰⁹ *Ibíd.*, p. 172.

¹¹⁰ Héctor González Pardo y Marino Pérez Álvarez, *La invención de trastornos mentales*, España, ed. Alianza Editorial, 2008, p. 13.

medicalizar y convertir en suyos estos problemas cotidianos (siguiendo, en esto, a la industria médica en general). Esto resulta claro en la década de los 80, con la publicación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su tercera versión (o DSM-III, de acuerdo con sus siglas en inglés).

El DSM III significó una revolución para la psiquiatría estadounidense, puesto que se incluyeron en este manual numerosos trastornos mentales que antes no eran considerados como tales, a la vez que se medicalizó y biologizó por completo la psiquiatría. Tomemos, por ejemplo, el caso de la depresión: un trastorno relativamente raro hasta mediados del siglo XX, que afectaba de 50 a 100 personas por millón ahora, según estudios recientes, podría afectar a 100,000 por cada millón (es decir, efectivamente, un 10% de la población humana)¹¹¹. La depresión aparenta ser una epidemia de los tiempos contemporáneos. Para tratar este tema, uno no debe solamente preguntarse “¿por qué la gente se deprime más?”, sino que también sería válido el cuestionamiento de porqué, cada vez más, los psiquiatras diagnostican con depresión a sus pacientes.

La conexión entre el aumento de “trastornos mentales” (no sólo en número de trastornos, sino en número de pacientes tanto actuales como “potenciales”) y la necesidad por parte de los laboratorios de vender psicofármacos es ya más que conocida. De pasar a ser una industria marginal, la industria de los psicofármacos se ha convertido en parte total de las empresas farmacéuticas. Esto requirió de varios factores:

- Un gran aparato de mercadotecnia que no se limita a la publicidad de un fármaco en los medios de comunicación, sino que también está inmiscuido en la producción de conocimiento (mediante proyectos de investigación en las universidades, las dádivas dadas a los psiquiatras o la publicación de artículos “científicos” que apoyan la eficacia de un medicamento).
- Un cambio de entendimiento de la psiquiatría, para huir de las críticas expresadas por el movimiento antipsiquiátrico¹¹². En búsqueda de la científicidad, la psiquiatría

¹¹¹ *Ibíd.*, p. 61.

¹¹² Corriente de pensamiento dentro de la psiquiatría activa principalmente durante las décadas de los 50 y 60. Tienen en común la valoración de los factores psicosociales, y no sólo biológicos, para explicar una enfermedad o trastorno. David Cooper y Thomas Szasz son sus intelectuales más reconocidos.

se dio a la tarea de buscar modelos de afecciones que fueran semejantes a las enfermedades; es decir, que tuvieran como principal factor el biológico. Los manuales DSM, donde los psiquiatras definen qué puede ser considerado como trastorno mental y qué no, es un buen ejemplo del conocimiento “científico” creado por la psiquiatría¹¹³.

- El apoyo abierto del Estado, que en muchos casos buscó resolver demandas sociales con ayuda del aparato psiquiátrico. Por ejemplo: el trastorno por estrés postraumático (TEPT) surgió como trastorno cuando los soldados estadounidenses que regresaban de Vietnam aseguraban tener alucinaciones e impedimentos varios que les dificultaban o imposibilitaban realizar su vida social como antes. Los veteranos de Vietnam se quejaron de no ser debidamente escuchados por la sociedad, que los recibía como héroes pero que después se olvidaba de ellos. ¿Cómo se lidió con este tema? Convirtiéndolo en un problema médico. Pero “la cuestión estaría en si dicho reconocimiento tiene que ser a costa de una categoría clínica y en qué medida la actuación clínica correspondiente está cumpliendo más una actuación política y moral que propiamente clínica”¹¹⁴. A los veteranos se les quitó la posibilidad de afrontar su propio dolor dentro de un contexto de escucha, y no de silencio, por parte del Estado, y se les dieron medicinas para controlar este supuesto estrés; un perfecto ejemplo de las consecuencias de la iatrogenesis cultural planteada por Illich.

Retomando el papel del Estado, Néstor Braunstein asegura: Hay una “especialidad burocrática que asigna a la medicina el monopolio para tratar unas ‘enfermedades mentales’...ignorando su especificidad y sus esenciales diferencias con el resto de las ‘entidades’ conocidas como ‘enfermedades’ que giran en el sistema solar de la medicina”¹¹⁵.

¹¹³ Desde la aparición del DSM III, las críticas no se hicieron esperar. Los subsecuentes manuales, el DSM IV y el DSM V (recién publicado el año pasado) han sufrido de graves críticas, sobre todo fuera de la psiquiatría, puesto que se los considera limitados para explicar el panorama relativo a los trastornos mentales.

¹¹⁴ *Ibíd.*, p. 57.

¹¹⁵ Néstor Braunstein, *Clasificar en psiquiatría*, Argentina, ed. Siglo XXI, 2013, p. 13.

- La aceptación de los pacientes mismos a medicarse y prestar su cuerpo al discurso médico.

A pesar del contexto histórico particular, estos nuevos trastornos mentales tienen en común el surgir como resultado (y no existir antes) de la producción de un medicamento que se busca vender; la anuencia del Estado; y la aceptación de este accionar perverso por parte de los pacientes mismos. La timidez es catalogada hoy en día como “trastorno de fobia social” (cuyos números se han quintuplicado en 10 años, pasando de un estimado de un 2.75% a principios de los ochenta a un 13.3% a principios de los noventa¹¹⁶), la insurrección infantil como “trastorno de déficit de atención”, y la angustia como “ataques de pánico” –todos, con su respectivo tratamiento farmacológico. En los últimos 20 años se ha triplicado el diagnóstico de síndrome de déficit de atención, multiplicado por 20 el de “trastornos autísticos infantiles” y por 40 el de “trastorno bipolar infantil”, lo que se ha reflejado en un aumento más o menos igual de la prescripción de psicofármacos¹¹⁷.

La psiquiatría maneja un lenguaje científico para convencer de su importancia en el ámbito académico y de su utilidad en el plano médico. Sin embargo, el cerebro se ha mostrado como un órgano extraordinariamente complejo (y esto, sin considerar la relación que la psiquiatría pretende encontrar entre este órgano y la psique). Las herramientas científicas con las que se cuenta resultan insuficientes para estudiar concienzudamente el cerebro, aunque los resultados preliminares generalmente no son concluyentes.

La teoría psiquiátrica de los trastornos mentales gira en torno a la hipótesis monoaminérgica de los trastornos afectivos, que ha sido cuidadosamente elaborada y perfeccionada, aunque no cambiada en lo esencial, desde su aparición en la década de los 60. Esta hipótesis afirma que la deficiencia cerebral de algunos neurotransmisores (como la noradrenalina y, el que está de moda en este momento, la serotonina) sería la responsable de los trastornos mentales¹¹⁸. Sin embargo, esta hipótesis resulta bastante polémica; hay muchos pacientes que no responden a los tratamientos farmacológicos que justamente apuntan a normalizar el funcionamiento de estos neurotransmisores, o que empiezan a

¹¹⁶ Héctor González Pardo y Marino Pérez Álvarez, *op. cit.*, p. 72. A los afectados con este trastorno (¿?) se les recetan medicamentos como la venlafaxina, el propranolol, la fluoxetina o el clonazepam.

¹¹⁷ Néstor Braunstein, *op. cit.* (2013), p. 112.

¹¹⁸ *Ibíd.*, p. 100.

sentir sus efectos varias semanas después de haber tomado la primera dosis del remedio. Incluso algunos estudios apuntan que los antidepresivos no funcionan mejor que un placebo (y sí tienen efectos secundarios mucho más adversos). Los escaneos cerebrales para detectar las zonas del sistema nervioso “responsables” de los trastornos mentales o para revisar la efectividad del tratamiento con psicofármacos tampoco han funcionado¹¹⁹.

Otro problema radica en las pruebas a las que se somete a un compuesto que se quiera comercializar. Para ver el efecto de un medicamento o un tratamiento sobre una enfermedad orgánica se utilizan ratas o ratones, animales relativamente baratos de mantener en comparación con los primates (chimpancés, gorilas, etc.), y que sirven para hacer símiles con el funcionamiento del cuerpo humano. Pero, ¿cómo definir la depresión en una rata? Un ratón, ¿puede tener un ataque de ansiedad? O se antropomorfiza la conducta animal o se animaliza la conducta humana; esto, para asimilar y decir que las pruebas con animales son válidas y demuestran la fiabilidad y eficacia de un medicamento en el ser humano. Lo que generalmente hacen los laboratorios es replicar algunos de los síntomas de los trastornos mentales en los animales: por ejemplo, en el caso de la depresión, se toman algunas conductas que están presentes en los seres humanos (como la anhedonia, o incapacidad para sentir placer) y la disminución de la actividad motora. Pero, obviamente, elegir uno o dos síntomas no da el panorama completo de la afección. Además, en lo referente a los trastornos mentales, es bastante común ver que los síntomas se contradicen: en el caso de la depresión, pueden aparecer como síntomas tanto la falta de deseo sexual como la hipersexualidad, o tanto el aumento como la reducción del apetito¹²⁰.

Néstor Braunstein profundiza en algunas de las ideas expuestas con anterioridad, particularmente en el papel del contexto no biológico de la enfermedad. De esta manera:

“...el cerebro está involucrado en la vida y en todas las actividades del ser humano (conciencia y conducta), pero él no es el productor *sino el asiento de procesos* que permiten y regulan la relación entre el organismo y el medio ambiente que le rodea... que es, siempre, un medio social.

¹¹⁹ *Ibíd.*, p. 191.

¹²⁰ *Ibíd.*, p. 160.

[Las causas de la desviación] “no está[n] en el cerebro *sino en la estructura* social, económica, antropológica, lingüística, política, etc., que son las ‘circunstancias’, eso que rodea y condiciona al cerebro viviente y meganeuronal”¹²¹.

Este extracto resulta importantísimo. El cerebro, más que ser el órgano origen de los trastornos mentales, es el lugar en donde el ser humano procesa todo lo de su medio (social) que, en definitiva, es lo que le produce estas afecciones. Cuando alguien define que a una serie de síntomas corresponde una palabra que será considerada como una enfermedad, entonces se puede decir que esa denominación tiene un efecto performativo, puesto que *fund*a y *crea* a la enfermedad como tal¹²². Definir qué es una enfermedad lleva lógicamente a categorizar a la gente entre “sanos” y “enfermos” (categorizaciones que determinan funciones dentro de un sistema social, retomando lo antes visto con Parsons). Así, “las clasificaciones siempre tienen efectos performativos, *hacen a lo que nombran*, que no se pueden ignorar, que deben ser reconocidos y calibrados; esos efectos de la palabra...cambian la vida de los objetos-sujetos clasificados”. El poder dado a los psiquiatras es, entonces, gigantesco¹²³.

¹²¹ Néstor Braunstein, *op. cit.*, p. 27. Las cursivas son mías.

¹²² *Ibíd.*, p. 30.

¹²³ Definir la utilidad de la psiquiatría es, por decir lo menos, complicado. Se encuentra atrapada entre la espada de la neurología y la pared de la psicología: si encuentra una relación entre una falla nerviosa y un trastorno mental, eso pasa a ser ámbito de la neurología; y si propugna que los trastornos mentales tienen que ver con cuestiones particulares y ambientales, entonces se entra en del campo de la psicología. Hoy en día, la psiquiatría sirve para recetar medicamentos costosos cuyo funcionamiento es dudoso; triste trabajo que, en dado caso, podría hacer cualquier médico con título universitario. La función principal de la psiquiatría, para Braunstein, es facilitar la relación entre la medicina y el sistema político-judicial, para regular la vida de las personas. *Ibíd.*, p. 91. El Estado, promoviendo una idea de normalidad, resulta legitimado como garante de esa normalidad.

Conclusiones: ¿Cómo entender la (co)relación Estado-salud-paciente?

¿Salud para qué, entonces? No hay una respuesta última y definitiva –puesto que, si la salud es vista como un concepto no meramente biológico, ni siquiera podría ser entendida como constitutiva del ser humano-, por lo que una aproximación sensata diría que el para qué depende en determinados contextos o aspectos. Además, ampliar las definiciones de salud y dar su espacio al conocimiento lego puede restar la capacidad cada vez más invasora que se arroga la industria médica para definir la salud y cómo ésta se relaciona con la felicidad individual. La salud debe ser vista como un medio (para, por ejemplo, vivir una vida plena) y no como un fin en sí mismo. Descentrando la atención puesta en la salud como un fin podremos dejar de mirar embelesados los supuestos avances médicos que prometen la vida eterna.

La autonomía del paciente lego frente al médico técnico es vital si se pretende pensar en un modelo de salud distinto. Hoy en día la relación médico-paciente es muy dispar, haciendo que el médico quede en una posición de deidad y el paciente, como un minusválido necesitado de ayuda; en este caso, es el paciente mismo el que debe agarrar las riendas de sí mismo, de su cuerpo y de sus dolencias y enfermedades. Sólo de esta manera se podrá “escuchar” a la enfermedad lo que, en suma, implica también escuchar el propio cuerpo y, así, huir de esquemas simplistas.

El sufrimiento, lisa y llanamente, escapa a toda clasificación. Si la idea de la industria médica contemporánea es clasificar, entonces queda al menos un atisbo de subjetividad en un mundo cada vez más homogeneizado (¿acaso, como bien apunta Braunstein, los psiquiatras pueden aprender a paliar el sufrimiento de cada ser humano en la universidad?). Sufrir, paradójicamente, se convierte en una de las muestras más claras de que nosotros existimos, y de que existimos como sujetos.

La forma que adopta la salud en la era contemporánea tiene, cuando menos, tres actores fundamentales. En primer lugar, cabe destacar la industria médica, que promete curas milagrosas e inalcanzables a cambio de más dinero (por parte del Estado) y una fidelidad absoluta (por parte de los pacientes); en segundo lugar, el sujeto-paciente, que ve en la industria médica una forma de deslindarse de sus responsabilidades (la enfermedad tiene la culpa de todo), y que pide al Estado que gaste dinero para que esta industria le pueda proporcionar la certidumbre que busca; y en tercer lugar, el Estado, que gasta dinero

en esquemas de salud para legitimar tanto su accionar como a sí mismo frente a sus ciudadanos (y de ahí los discursos cansinos de los políticos, informándonos de la construcción de hospitales, el aumento del presupuesto para la salud, etc.). Esto, obviamente, significa que la salud cuenta con un contexto clínico (en donde la relación médico-paciente juega un papel esencial) y uno extraclínico (relacionado con la medicalización de los problemas de la vida cotidiana).

En este capítulo se buscó revisar la forma que toma la salud en la era contemporánea, y ver el caso particular de la salud mental. Para ello, las ideas de Iván Illich resultaron fundamentales: si la iatrogenesis se expande como resultado de la medicalización de la vida cotidiana hasta convertirse en una característica del sistema de salud, entonces se puede afirmar que este sistema enferma más que sana. El Estado promueve esta forma de salud aun cuando, en la práctica, Wildavsky advierta que el modelo es insostenible económicamente.

Es de destacar el gran recorrido que Iván Illich realiza en el tema de la salud, desde su texto principal (“Némesis médica”) hasta las últimas conferencias que da. Es notable el aumento de la desesperanza y la desconfianza. Si al principio hablaba de un equilibrio entre la producción autónoma y la heterónoma, parece que al final de su vida apuntaba que sólo la autoexclusión de la persona del mundo podría tener efectos significativos. Considero que las primeras teorizaciones son más enriquecedoras a la discusión, y que la idea de buscar un equilibrio precario y siempre cambiante entre lo que toca al sujeto (que no al individuo) y a lo colectivo se acerca más a mis opiniones. Además, en un mundo como el nuestro, ¿quién puede físicamente “huir” de este mundo globalizado?

Más que enfocarnos en los ejemplos dados, el esquema de pensamiento de Iván Illich nos permite pensar en un esquema regido por un equilibrio que debe ser regulado todo el tiempo, y cuya única regulación justa sólo será resultado de intensos debates abiertos, haciendo que el monopolio del conocimiento técnico sobre ciertos temas se desvanezca. Esta idea, por sí sola, es lo suficientemente revolucionaria como para que los grupos que mantienen el monopolio en las discusiones técnicas se proclamen en contra de esto.

La medicalización de los trastornos mentales va de la mano con la biologización excesiva, que busca encontrar para cada afección una serie específica de neurotransmisores

o partes del cerebro a estimular como forma de “cura”. Sin embargo, en los trastornos mentales esto es imposible de afirmar; por esta razón, la visión multidisciplinaria y legada a la hora del tratamiento resulta básica. Esto no significa rechazar de plano la medicación cuando esta sea estrictamente necesaria, sino complementarla con otros tratamientos no invasivos. Entender que los trastornos mentales tienen mucho que ver con el contexto propio del paciente abre el panorama para discutir políticas gubernamentales enfocadas en la salud mental.

Capítulo 2: Marco jurídico del Seguro Popular, y su impacto sobre la salud en México

Breve historia de la salud en México

La medicina mesoamericana fue alabada por los españoles cuando ellos arribaron a Tenochtitlan. Hernán Cortés, en sus Cartas de Relación, manifestó que no era necesario que la Corona española enviara médicos a las nuevas tierras puesto que los nativos eran bastante hábiles. Sin embargo, la medicina, como gran parte de la vida diaria de los pueblos mesoamericanos, era también influida por las creencias religiosas autóctonas, contrarias a la doctrina católica. Es por esto que una parte de la medicina tradicional fue perseguida por la Inquisición, y otra parte fue imbuida de significados cristianos y fue ofrecida a la población marginada de la Nueva España¹.

En la época colonial, existían ciertas disposiciones que buscaban regular la vida de los habitantes de la Nueva España con el objetivo primordial de evitar la propagación de epidemias, entre los que pueden destacar los Bandos de Policía y Buen Gobierno. La atención de los enfermos era mayoritariamente asunto de la caridad religiosa, aunque la Corona española se involucró también, y de forma directa, en la búsqueda de la salud de los indígenas que vivían en el territorio. Varios hospitales fueron abiertos a lo largo de la colonia, en donde en muchos casos la medicina tradicional mesoamericana aportó mucho en forma de remedios (en el campo de la herbolaria, principalmente)². Los españoles también trataron de frenar la debacle demográfica indígena, originada en el contagio de enfermedades traídas de Europa, aunque los resultados fueron pobres y, además, la culpa parecía recaer en el indígena que, con su “estilo de vida lujurioso”, ofendía a Dios³.

Con la Independencia, el nuevo gobierno mexicano buscó fortalecerse, aunque siguió emitiendo Bandos de Policía y Buen Gobierno. En el emitido el 7 de febrero de

¹ Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, *La salud pública y el trabajo en comunidad*, México, ed. McGraw-Hill, 2010, p. 153.

² Francisco Altable, *Humanitarismo, redención y ciencia médica en Nueva España*, [en línea], *Secuencias*, n°80, México, Universidad Autónoma de Baja California Sur, 2011. Dirección URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-03482011000200001&script=sci_arttext [Consulta: 6 de marzo de 2014].

³ *Ibíd.*

1825, se hacen apuntes explícitas sobre temas de salubridad urbana, en lo referente al manejo de la basura y aguas negras, etc.⁴. El Tribunal del Protomedicato fue otra herencia de la administración española, y era un cuerpo técnico compuesto por médicos que regulaba lo relativo a la medicina y proponía legislación sanitaria; este Tribunal funcionó hasta 1831, siendo reemplazado finalmente por un Consejo Superior de Salubridad⁵. En los primeros años del México independiente, el Presidente (y médico de profesión) Valentín Gómez Farías fundó un colegio de Ciencias Médicas. Otro punto importante fue la supresión de los órdenes hospitalarios en 1820 por decisión de las Cortes españolas, pasando a depender los hospitales de los ayuntamientos. Esto demostró ser fatídico para la institución hospitalaria: ya no podía contar con recibir dinero proveniente de los creyentes, y tampoco podía pedirle dinero al Estado mexicano, envuelto en cruentas guerras tanto internas como externas a lo largo del siglo XIX⁶.

El primer movimiento de afianzamiento y de búsqueda de una autoridad central fuerte dentro de un marco medianamente federal fue el establecido por Benito Juárez. Las Leyes de Reforma atentaban contra varios privilegios con los que contaban algunas de las instituciones más grandes del país, resaltando la Iglesia. Juárez quiso eliminar la idea de salud como obra de caridad de la Iglesia, pero la reemplazó con la “asistencia pública”; es decir, una obra de caridad secularizada. La salud entendida aún como salubridad aparece en varios ordenamientos de la época, pero ni en el proyecto original de Constitución (aprobado en 1857) ni en los subsecuentes cambios que sufrió se encuentra algo al respecto. Buscando un poder centralizado, Benito Juárez no atendió eficazmente los problemas de salud de los mexicanos fuera de la capital⁷.

Con la entrada de Porfirio Díaz al poder, México pareció entrar en una modernización acelerada. El país, internamente en paz, comenzó a atraer inversionistas externos, y se amplió extraordinariamente la red de ferrocarriles del país. La modernización

⁴ Bando de Policía y Buen Gobierno del 7 de febrero de 1825. Dirección URL: http://www.biblioteca.tv/artman2/publish/1825_120/Bando_de_policia_y_buen_gobierno.shtml [Consulta: 6 de abril de 2014].

⁵ Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Martha Eugenia Rodríguez Pérez, “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”, [en línea], *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 2, México, Facultad de Medicina-UNAM. Dirección URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000200002 [Consulta: 6 de abril de 2014].

⁶ José Calderón, “Arquitectura de la salud en México durante el siglo XIX”, revista *AAPAUNAM*, vol. 5 n° 2, abril-junio 2013, México, p.99.

⁷ Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Martha Eugenia Rodríguez Pérez, *op. cit.*

fue de la mano con la importación de un modelo europeo, particularmente francés. Grandes edificios fueron erigidos basados en modelos franceses, se construyeron grandes bulevares, etc. Eduardo Liceaga, desde su puesto como Presidente del Consejo Superior de Salubridad, buscó la modernización de México en el plano médico-sanitario, mientras que Domingo de Orvañanos se dedicaría extensamente a temas relacionados con las estadísticas de salud y geografía médica.

Para efectos de este trabajo, las ideas de salud que imperaban en Francia en ese momento son importantes. Como se vio en el capítulo anterior, el modelo clínico que tuvo sus orígenes en Francia se expandió por todo el mundo. El Estado debía demostrar su compromiso con la salud no sólo construyendo hospitales, sino también haciéndolos grandes, para atender a la mayor cantidad de personas posibles. El Hospital General, construido entre 1895 y 1905, contaba con espacio para ocupar a 900 pacientes⁸ y 49 edificios en total, y era considerado un espacio de vanguardia. Tanto el Hospital General como el Hospital Militar tenían fachadas afrancesadas, y se convirtieron en centros de investigación médica. La ciencia médica debía actuar para evitar la “degeneración” de las razas interviniendo activamente en el saneamiento ambiental y corporal, lo que pavimentaría el camino para que México se convirtiera en una nación moderna⁹.

En el plano de la salud mental, resalta claramente el Manicomio General La Castañeda, inaugurado a finales de 1910 en el marco de las celebraciones por el Centenario de la Independencia. Porfirio Díaz hijo, arquitecto diseñador del complejo, buscaba proporcionar de jardines y lugares amplios a las personas con trastornos mentales, dejando atrás las pequeñas celdas en donde simplemente se encerraba a los pacientes. Los modelos arquitectónicos de Jean Etienne Esquirol, que había renovado varios complejos psiquiátricos en Francia, fueron adoptados: clasificar y acomodar a los enfermos en pabellones destinados a un cierto tipo de patología, evitar la sensación de encierro y buscar la funcionalidad. La Castañeda, en primer lugar, fue el lugar donde los estudiosos del cerebro pudieron reunirse para investigar y aprender; México no contaba aún con un gremio

⁸ José Calderón, *op. cit.*, p. 103.

⁹ Claudia Agostini y Andrés Ríos Molina, *Las estadísticas de salud en México: ideas, actores e instituciones, 1810-2010*, México, UNAM y Secretaría de Salud, 2010, p. 95.

de psiquiatras¹⁰, pero la apertura de un manicomio tan moderno atrajo a investigadores y médicos de todo el país.

A pesar de que el estudio de Andrés Ríos Molina busca explicar un período muy particular de la vida del Manicomio (los primeros 10 años de su existencia, que además coincidieron con la Revolución Mexicana), hay ciertos puntos a resaltar que aparecen como importantes:

- El Manicomio es resultado de toda una cosmovisión de los trastornos mentales, en un momento en el que el estudio de estos estaba empezando. Las ideas de neurosis, histeria femenina, neurastenia, demencia e imbecilidad estaban muy de moda a finales del siglo XIX y principios del XX. Si entendemos al trastorno/enfermedad como una construcción simbólica propia de un momento cultural, entonces se podrá afirmar que los psiquiatras (tanto los pasados como los actuales) diagnostican alguna de las afecciones propias de una época¹¹.
- Las causas del encierro en La Castañeda no estaban siempre relacionadas con los trastornos mentales, sino que estas causas podían ser sociales. Por ejemplo, el comportamiento socialmente inaceptable era catalogado como prueba para que una persona ingresara a un manicomio.
- A diferencia de muchos aspectos sociales, el discurso psiquiátrico no cambió con el estallido de la Revolución Mexicana¹².
- La psiquiatría en México, entre finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, estuvo estrechamente relacionada con el derecho y la incapacidad jurídica de alguien acusado de cometer un delito¹³. La modernización por la que supuestamente México atravesaba tenía sus “enemigos sociales” a combatir, y estos enemigos sociales eran los inadaptados sociales, que por lo tanto tenían que ser encerrados en un

¹⁰ Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana: Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009, p. 16.

¹¹ *Ibíd.*, p. 33.

¹² *Ibíd.*, p. 60.

¹³ *Ibíd.*, p. 68.

manicomio. Estos inadaptados sociales podrían “degenerar la raza” si tuvieran hijos, y generalmente su causa fundamental de enfermedad era explicada por un antecedente familiar directo de alcoholismo, epilepsia, etc.

- La familia jugó un papel importante para definir el encierro de los pacientes, comentando al médico esas acciones socialmente inaceptables; mientras que el psiquiatra convertía esos relatos en síntomas de un trastorno mental.
- El modelo psiquiátrico que imperó en La Castañeda “se acercaba más a un modelo disciplinario que curativo”¹⁴. Resaltaba la necesidad de lograr la sumisión del paciente por el médico, y hacer que el paciente no tuviese ninguna alteración de sus “pasiones”¹⁵.

El Manicomio General fue adquiriendo fama de ser un lugar de hacinamiento y de mala calidad; en 1966, se crea la “operación Castañeda” para traspasar a algunos de los enfermos a granjas para realizar trabajo agrícola¹⁶, y se construye el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (inaugurado en 1967, y que en ese momento dispuso de 600 camas, para contar con sólo 300 desde 1995). La fachada original, que como ya se apuntó tenía un diseño afrancesado, fue rescatada y trasladada, pieza por pieza, a una finca particular en Amecameca, Estado de México.

A principios del siglo XX las ideas de la salud pública parecían haber rebasado las de la salubridad. El Estado posrevolucionario reconoció los derechos de los trabajadores en su artículo 123, uno de los más importantes tanto para el constitucionalismo mexicano como para el del mundo. En 1925, con Plutarco Elías Calles como Presidente, se creó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, y en 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la finalidad de brindar salud a sus derechohabientes aparte de asegurar una pensión digna para sus jubilados. En 1943 se creó también la Secretaría de

¹⁴ *Ibíd.*, p. 108.

¹⁵ *Ídem.*

¹⁶ *Ibíd.*, p. 24. Esto muestra una característica del pensamiento psiquiátrico de la época, a la par de un romanticismo por el campo mexicano. Se pensaba que los trastornos mentales eran problemas de los ciudadanos y que los campesinos, más involucrados en trabajos manuales y lejos del estrés, tendrían una vida más tranquila.

Salubridad y Asistencia, por lo que las cuestiones de salud ya adquirirían importancia ministerial. El IMSS amparaba a los trabajadores privados, mientras que los empleados públicos debieron esperar más tiempo para contar con un instituto de salud: en 1947, con modificaciones hechas a la Ley de Pensiones, se comenzó a asegurar a los trabajadores contra accidentes laborales, pero sería hasta 1959 cuando reformas constitucionales al artículo 123 constitucional protegieran la salud de los servidores públicos. En 1960, por iniciativa de Adolfo López Mateos, la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transformó en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En 1961, se creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, el antecedente directo al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Grandes cambios en sanidad y en políticas de salud llevaron a avances importantes en varias áreas. En la década de los años 30 y 40 se dio importancia a la vacunación para luchar contra enfermedades consideradas tropicales, lo que benefició a las poblaciones más marginadas del país. Los Servicios Médicos Rurales fueron los primeros de su estilo que dieron servicios de salud al grueso poblacional que no contaba con un seguro médico.

Todo este gran modelo de salud centralizado estaba también sustentado en un modelo de gobierno autoritario y un modelo económico altamente proteccionista, y que a medida que pasaba el tiempo se mostraba más y más dependiente de los precios del petróleo. Compartiendo esta característica con la mayor parte de los países latinoamericanos, México había financiado sus déficits presupuestales resultado de los subsidios industriales y de los costos de la red de seguridad social con préstamos del extranjero. Si bien en 1976 México pudo salvarse económicamente gracias al descubrimiento del yacimiento de hidrocarburos de Cantarell, el sistema de salud resintió los problemas presupuestarios federales. Los inicios de la crisis de la deuda coincidieron con un cambio en el perfil de enfermedades del mexicano, en donde dolencias crónico-degenerativas como el cáncer o la diabetes parecían tener una mayor preeminencia y, puesto que resultan más caras de tratar, requerían de mayores sumas de dinero para combatirlas¹⁷.

El Estado, en la década siguiente (no por nada apodada en toda la región latinoamericana “la década perdida”) se encontró con que existían cada vez más presiones

¹⁷ Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Martha Eugenia Rodríguez Pérez: *op. cit.*

para proveer servicios de salud que resultaban cada vez más caros pero que, como resultado de la crisis, cada vez contaba con menos dinero. Los cambios económicos que el mundo presencié durante los años 80, con la caída del Muro de Berlín y la aparición del neoliberalismo como faceta lógica del capitalismo, cimbrarían fuertemente muchos de los supuestos del antiguo sistema de Estado de Bienestar.

Derecho constitucional a la protección de la salud en México y marco legal

Las bases constitucionales sobre el tema de la salud en México aparecen en el artículo 4º de la Constitución vigente de 1917. Allí, se establecen varios puntos importantes:

- El derecho inalienable a la protección de la salud.
- El manejo central de las políticas de salud desde la Federación.
- El cuidado de la niñez.
- El impulso al deporte.
- La protección del medio ambiente y, en particular, de los recursos acuíferos.
- La igualdad jurídica entre el hombre y la mujer.

El artículo 4º, en la Constitución de 1917, establecía el derecho de toda persona a profesar la actividad que encontrare necesaria mientras que fuera legal (siguiendo las ideas del artículo 4º de la Constitución de 1857); es decir, no había referencia a la salud. El primer cambio fundamental en el artículo 4º se dio el 31 de diciembre de 1974, en el que se elimina el texto original y se agrega: “El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. El 18 de marzo de 1980 se adicionó un párrafo referente a la salud física y mental de los niños, y la obligación de los padres para garantizar la protección de la salud de sus hijos. Esta es, en forma, la primera referencia a la salud fuera del campo laboral en la Constitución.

La preocupación por la salud alcanzó rango constitucional con la reforma del 3 de febrero de 1983: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá

las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”, mientras que unos días más tarde (el 7 de febrero) se adicionó el derecho a una vivienda digna para las familias mexicanas. En marzo de 1985, para reafirmar el cambio de visión, la Secretaría de Salubridad y Asistencia se convierte en la Secretaría de Salud, siendo nombrado Guillermo Soberón como su primer Secretario.

A partir del siglo XXI, se adopta una visión más integral de la salud, pensando en temas como el derecho a la nutrición (adicionado el 13 de octubre de 2011), derecho a un ambiente sano y al acceso al agua potable (adicionados el 8 de febrero de 2012), derechos de la niñez (adicionado el 7 de abril del 2000), derecho al acceso a la cultura y el ejercicio de los derechos culturales (adicionado el 30 de abril de 2009), y derecho a la cultura física y la práctica del deporte (adicionado el 12 de octubre de 2011).¹⁸ Antes de la aparición de las reformas al artículo 4º, el Estado tenía políticas de protección social para la población no trabajadora del país. Sin embargo, al ser esto materia de varias Secretarías, se veía un escenario de desarticulación, que pretendía ser resuelto al menos parcialmente por la sustantiva modificación del artículo 4º constitucional.

Ya desde este artículo se puede establecer un primer momento de discusión: lo que significa, exactamente, la “protección de la salud”. Entendiendo que el derecho humano que debe garantizar el Estado es la protección a la salud, y no la salud, al menos jurídicamente queda claro que el Estado no *da* salud. El Estado dará todos los recursos necesarios para preservar esa salud, para protegerla, pero queda claro que es imposible que cualquier institución nos garantice la salud. Puede recordarse la discusión que Wildavsky planteó, presente en el capítulo anterior.

Como se ha explicado anteriormente, el derecho a la protección de la salud no apareció en la Constitución hasta 1983. En el texto original de 1917, el derecho a la salud estaba enmarcado dentro del artículo 123; es decir, se pensaba en la salud de los trabajadores, que eran los que aportaban para el seguro social. En 1917, la relación patrón-trabajador era relativamente sencilla; hoy, las condiciones del trabajo son totalmente

¹⁸ Se pueden consultar todos los cambios que ha sufrido el artículo 4º y los demás artículos constitucionales en orden cronológico en el acervo de la Cámara de Diputados. Dirección URL: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm [Consulta: 12 de abril de 2014].

distintas. Prima el trabajo informal (el cual, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía -INEGI- alcanzaba en el 2010 al 64% de la población ocupada en algún trabajo¹⁹), en el que por lo general los ingresos económicos son lo suficientemente bajos como para que el trabajador no pueda pagar las aportaciones al seguro social. Hablando de la economía actual, se puede nombrar también el fenómeno del *outsourcing*, en donde la relación entre el patrón y el empleado se difumina; otras personas reciben dinero por honorarios o son “becados”, por lo que no generan antigüedad ni tienen derecho al seguro social. En la peor situación quedan, desde luego, las personas desempleadas. Las cifras indican un desempleo de un 5% en nuestro país, con un 8% de subocupación, cifras que son buenas en comparación con otros países, pero que tienen como contracara el bajo salario mínimo mexicano comparado incluso a nivel latinoamericano.

La aparición de programas de salud destinados a personas que simplemente no caben en los esquemas de trabajo de principios de siglo, o a desempleados, habla de que el Estado es consciente del cambio en la cultura laboral originado, entre otras razones, por un modelo económico distinto. Si el modelo de trabajo que impera en el modelo neoliberal deja fuera de los circuitos legales a una buena cantidad de la población (entre subempleados, empleados sin prestaciones y desocupados), entonces el Estado tiene que asumir cuestiones como la salud de la población de una forma totalmente distinta de cómo la asumió hasta el auge del modelo neoliberal.

Para la población que no está afiliada a ningún tipo de seguro social, existe la asistencia pública. Sin embargo, “la diferencia entre seguridad social y asistencia pública es que el régimen legal de la primera establece un servicio público obligatorio, exigible y de cumplimiento forzoso, cuyo financiamiento es autónomo y contributivo, mientras que la asistencia social depende de las políticas sexenales, es aleatoria y voluntaria y su financiamiento depende de las políticas sexenales”²⁰. Aunque la asistencia pública ha sido una forma de extender los sistemas de salud, generalmente los seguros sociales cuentan con más hospitales, y mejores insumos y recursos.

¹⁹ María Elena Cardero y Guadalupe Espinosa, *Empleo y empleo informal de hombres y mujeres*, [en línea] México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011, p. 14. Dirección URL: http://www.inegi.org.mx/eventos/2011/Encuentro_genero/doc/20-06S4-03ElenaCardero-UNAM.pdf[Consulta: 10 de septiembre de 2013].

²⁰ Gabriela Mendizábal Bermúdez (coord.), *La atención a la salud en México*, México, ed. Fontamara y Universidad Autónoma del Estado de México, 2010, p. 204.

En el apartado B fracción XI del artículo 123 constitucional se especifica que la seguridad social debe cubrir, como mínimo:

- Los accidentes y enfermedades profesionales, la invalidez, la maternidad, la vejez y la muerte.
- La salud de los familiares de los trabajadores que cotizan en el Seguro Social.
- Centros de vacaciones.
- Créditos baratos para la compra de bienes inmuebles a bajo costo.

En el artículo 4º se establecen los principios de una política de salud nacional, pero los lineamientos y detalles específicos se encuentran en la Ley General de Salud, publicada por primera vez el 7 de febrero de 1984. En su segundo artículo, ya establece que una de las finalidades de esta Ley es “el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades...”²¹ También, en el párrafo IV, se establece la responsabilidad del ciudadano por su propia salud, siendo que se busca “la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud...”²².

En estos primeros acercamientos al tema de la salud desde el punto de vista jurídico, resalta entonces la idea del bienestar y de la “salud mental”, y la de la responsabilidad del paciente y de la comunidad en la manutención de la salud en general. La salud mental, de hecho, forma parte de la salubridad general, de acuerdo con esta misma ley; se especificará qué se quiere decir con “salud mental” más adelante. La importancia de la idea misma de salud mental resultará evidente cuando se presenten los números relativos a ciertos trastornos, que afectan negativamente a la población mexicana. Es importante aclarar que no hay una definición de “salud” dentro de esta Ley, sino que las referencias son a las acciones encaminadas a “la protección de la salud”.

Recién hasta 1943 se expide la Ley del Seguro Social²³, que había sido nombrada por el artículo 123 constitucional en el apartado A, fracción XXIX. En esta fracción se

²¹ Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 7 de febrero de 1984.

²² Ídem.

²³ Valentín Yáñez Campero, *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*, México, Instituto Nacional de Administración Pública, 2000, p. 27.

especifica que esta Ley debía comprender “...seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.”

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto de instituciones y dependencias, tanto públicas como privadas, y federales, estatales y municipales, que prestan servicios de salud. Este Sistema Nacional de Salud busca cumplir con el artículo 4º constitucional, en la parte referente al derecho a la protección de la salud. El SNS debe hacer hincapié en problemas prioritarios de salud y también en las acciones preventivas; esto incluye también, como objetivo, el cambio de patrones culturales que afecten negativamente a la población en su conjunto. A pesar de la referencia al ámbito cultural, a las acciones preventivas y a la asistencia social, en los objetivos perseguidos por el SNS, estipulados en el artículo 6 de la Ley General de Salud, el tema de lo psicológico no parece tener demasiada relevancia. El SNS está coordinado por la Secretaría de Salud y, por lo tanto, depende del Ejecutivo Federal. Otro organismo importante dependiente del Ejecutivo Federal es el Consejo de Salubridad General. Este, encabezado por el Secretario de Salud en turno, se encarga de la elaboración de propuestas para el mejoramiento del SNS, además de dictar medidas para evitar el alcoholismo y otras adicciones, y el deterioro ambiental que pueda causar daños a la salud.

En el artículo 23 de la Ley General de Salud, se define a los servicios de salud como “todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.”²⁴ Los servicios de salud se dividen en: atención médica, salud pública y asistencia social. El concepto de “salud mental” vuelve a aparecer en el artículo 25 de esta Ley, siendo catalogado como un “servicio básico de salud”.

Por atención médica se entiende en el artículo 32 “...el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, la cual podrá apoyarse de medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto expida la Secretaría de Salud.” Estas actividades de atención médica se dividen en curativas, preventivas, de rehabilitación y paliativas. Destaca esta última actividad, pues es

²⁴ Ídem.

la única que habla sobre el cuidado integral de “síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario”. No se especifica qué significa, para efectos de esta ley, la palabra “multidisciplinario”; es decir, no hay un cierto tipo de especialistas de la salud que deban estar en un grupo para que este sea considerado como tal.

El capítulo IV de la Ley General de Salud se refiere a los usuarios de los servicios de salud, independientemente de que estos sean públicos, privados, o sociales. La Ley establece ciertos derechos con los que cuenta un paciente: a recibir un trato digno, a una segunda opinión, a poder elegir el médico, etc. El artículo 51 bis 2 establece que “los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos”, excepto en casos en donde la vida del paciente esté en grave riesgo y en donde no se pueda preguntar su voluntad al paciente; en estos casos, siempre prevalecerá la idea del derecho a la protección de la salud, presente en el artículo 4º constitucional. El artículo 77, bis 38 establece como una de las obligaciones del paciente “Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse”.

A pesar de referirse a algunos aspectos emocionales, recién hasta el artículo 61 aparece la palabra “psicológico” en esta Ley, en lo referente a la salud materno-infantil y a la atención de este tipo que la futura madre pueda necesitar durante su embarazo y en el puerperio – período que comprende entre 6 a 8 semanas, en las que el cuerpo vuelve a su estado habitual después del embarazo.

Resulta importante, para el análisis posterior, ver qué se entiende por salud mental en esta Ley. El capítulo VII se dedica exclusivamente a la salud mental, quedando establecido qué se entiende por este concepto. Entonces, “se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.”, de acuerdo al artículo 72 de esta Ley.

El mismo artículo 72, más adelante, especifica que “la atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de

estos servicios.” En el artículo 73 se habla sobre las acciones destinadas a las personas que sufran de trastornos mentales:

- El desarrollo de actividades recreativas y socioculturales.
- La difusión de información y conocimiento para entender mejor y evitar los trastornos mentales.
- Campañas para la prevención del uso de drogas, que podrían llevar a problemas mentales después de un período prolongado de uso.
- Promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales.
- Implementación de servicios de atención para enfermos mentales.
- La investigación multidisciplinaria en este ámbito.
- La participación de observadores externos que garanticen el respeto a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.
- Las demás acciones que puedan ayudar al mantenimiento de la salud mental.

El mismo artículo da poco espacio para el accionar individual o incluso comunitario, puesto que especifica que estas acciones serán realizadas por la Secretaría de Salud, las entidades federativas y las instituciones de salud.

En toda la Ley General de Salud aparece cinco veces la palabra “psicológico”, y cuatro su forma femenina:

- En el artículo 96, que estipula que la investigación en salud se hace para conocer “...los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos”.
- En el artículo 166 bis 1, que habla sobre los cuidados paliativos.
- En el artículo 191, referente a las acciones a implementar contra la farmacodependencia para “alertar de manera clara sobre los efectos y daños físicos y psicológicos del consumo de estupefacientes y psicotrópicos.”
- En el artículo 192, que trata sobre la elaboración de un programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia, con la misma idea que en el punto anterior.

- En el artículo 192 bis, que define el concepto de “detección temprana” como “...una estrategia de prevención secundaria que tiene como propósito identificar en una fase inicial el consumo de narcóticos a fin de aplicar medidas terapéuticas de carácter médico, psicológico y social lo más temprano posible”.
- En el artículo 61, que especifica que la mujer embarazada y la que recién ha dado a luz deben contar con atención psicológica si así lo necesitaren.
- En el artículo 166 bis, en donde se define a la muerte natural de los enfermos terminales como aquella que sucede de forma natural con asistencia física y psicológica.
- En el artículo 177, referido a la apertura de centros de atención psicológica.
- En el artículo 333, que versa sobre los trasplantes de órganos, que serán autorizados después de la realización de una evaluación “médica, clínica y psicológica” del paciente que recibe el órgano.

Es decir, cuando aparece el factor psicológico en la Ley General de Salud se lo reduce a términos muy específicos (personas farmacodependientes, embarazadas, enfermos terminales, cuidados paliativos; o investigaciones y centros de atención psicológica). No se encuentra en la Ley una definición de qué se entiende por “psicológico”, y tampoco hay una conexión clara entre la idea de salud mental y lo psicológico.

Otro acercamiento, aunque más parcial, al tema de la salud mental puede verse desde la recientemente aprobada Ley de Salud Mental del Distrito Federal²⁵, de febrero de 2011. Retoma, en muchos sentidos, el apartado sobre salud mental de la Ley General de Salud, aunque también hace aclaraciones que son interesantes:

- En la definición de salud mental, se retoma la de la Ley General de Salud, aunque se le agrega algo más. Dice, textualmente: “La salud mental, se define como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y

²⁵ Ley de Salud Mental del Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal, Ciudad de México, México, 23 de febrero de 2011.

conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.” (art.2). Dos cosas se agregan: la idea de experimentar “de manera consciente” –es decir, basta con que el paciente se *sienta* bien para argumentar que está sano, lo que niega una amplia tradición dentro de la psicología que explora otros registros más allá del plano de la consciencia- y la última parte de la frase, que busca que las personas con trastornos mentales contribuyan a su comunidad. Adelantando una parte de las conclusiones, se puede ver que las definiciones de salud mental hacen énfasis en la utilidad de la persona, siendo considerada como “sana” una persona que pueda desenvolverse en un ambiente social y que pueda trabajar en éste.

- Aquí se hace un intento por definir qué es la multidisciplinariedad, a diferencia de la Ley General de Salud. El denominado “equipo de atención en salud mental” debe estar compuesto por un psiquiatra, un psicólogo, un enfermero y un trabajador social.
- Se presentan ideas interesantes con respecto a lo que se entiende por “diagnóstico psicológico”: los síntomas “interfieren en su adaptación [la de las personas con trastornos mentales]”; con este diagnóstico se busca “ubicar la evolución y constitución de grupos que alteran la estabilidad social”, y también sirve para “la selección de personal y en la orientación vocacional”. Es decir, el diagnóstico psicológico también tiene como finalidad, otra vez, la *utilidad*. Suena extraño lo referente a la ubicación de grupos que alteren la estabilidad social, y esta Ley no establece a qué se refiere en esta frase. Como último punto, es importante la visión de los síntomas como obstáculos para la adaptación social de las personas con trastornos mentales.
- Al psicólogo se le agregan funciones como las de “...describir, clasificar, predecir y explicar su comportamiento [el de las personas con trastornos mentales]”, y su fin es el de estudiar el comportamiento humano. (art. 5, fracción VIII).

- Hay también una definición interesante sobre la psicoterapia: “conjunto de métodos y recursos utilizados para el tratamiento psicológico de las personas, mediante los cuales interacciona la persona usuaria y el psicólogo con el propósito de promover la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica, el bienestar de las personas y el mejoramiento de su calidad de vida”. Esta definición, por lo menos, ya implica ver una corresponsabilidad entre paciente –o de la “persona usuaria”- y médico. El psicoterapeuta está definido como un psicólogo con un posgrado en psicoterapia, y deben garantizarse los principios de confidencialidad y privacidad.
- Se da una definición de trastorno mental, que no existía en la Ley General de Salud. Esta es: “afectación de la salud mental de una persona debido a la presencia de un comportamiento derivado de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar e interfieren en la actividad cotidiana del individuo y su entorno”. Es decir, un grupo de síntomas lleva a un comportamiento (nocivo, debería entenderse), y esto afecta a la salud mental.
- El artículo 7 da muchas más opciones con respecto a la definición de quién puede tratar a personas con trastornos mentales, sin especificar profesiones –como sí lo hace la Ley General de Salud.

En resumen, esta Ley complementa en mucho a la Ley General de Salud, y cuenta con aspectos tanto positivos –la definición de psicoterapia- como negativos –el reduccionismo al tratar solamente con la parte consciente de la psique, las funciones de predicción de comportamiento de los psicólogos, el reforzamiento de la idea de utilidad de las personas con trastornos mentales.

Como último punto del plano jurídico en México, vale la pena también revisar, rápidamente, la Ley del Seguro Social –que regula al IMSS- y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado –que regula al ISSSTE. La

actual Ley del Seguro Social²⁶ fue expedida el 21 de diciembre de 1995. En esta, se establecen las obligaciones y derechos de los trabajadores, y la forma de pago del seguro social, siendo de forma tripartita entre el Estado, el patrón y el trabajador. También se establece la composición orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS-, y sus atribuciones. La atribución principal es la de establecer centros de salud y unidades médicas de todo tipo para hacer que la salud llegue a todos sus beneficiarios. Además, también cuenta con la capacidad de hacer convenios con otros institutos dedicados a la salud para dar un mejor servicio.

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado²⁷ regula al ISSSTE y sus atribuciones. En cierto sentido, son más amplias que las del IMSS, pues se prevé que este organismo pueda dar créditos hipotecarios, que pueda vender productos de la canasta básica, y hasta servicios turísticos. De acuerdo con el artículo 3 de esta Ley, lo mental aparece sólo desde el lado de la “rehabilitación”, concepto que se repite en todo el texto. En el artículo 34 aparece la “salud mental” como parte de la campaña permanente de salud preventiva hecha por el Instituto.

Tratados internacionales firmados por México en materia de salud

Dentro del contexto internacional, resalta la Organización Mundial de la Salud, cuya Constitución fue firmada por México el día de su creación, el 22 de julio de 1946. Se entiende por salud “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²⁸, además de especificar que “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”²⁹. La definición de la OMS ve a la salud, entonces, como un proceso completo de bienestar en varios aspectos del individuo; también, la OMS asegura que los gobiernos no son los únicos

²⁶ Ley del Seguro Social, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 21 de diciembre de 1995.

²⁷ Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 31 de marzo de 2007.

²⁸ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, [en línea], Organización de las Naciones Unidas, 2006. Dirección URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Consulta: 11 de junio de 2013].

²⁹ Ídem.

responsables, sino que “tienen responsabilidad”, por lo que se abre la posibilidad a que diversos actores puedan actuar en el plano de la salud (como, por ejemplo, instituciones de la sociedad civil, o cooperativas de salud). A pesar de este reconocimiento implícito a los actores no estatales dentro del sistema de salud, hay que recalcar que, puesto que es una agencia de las Naciones Unidas, las decisiones son tomadas solamente por representantes de los Estados. La definición de “salud” de la OMS puede aplicarse legalmente a nuestro país, puesto que México es parte firmante de la Constitución de este organismo.

En el contexto de la Guerra Fría, Estados Unidos y América latina concretaron su unión en la denominada Alianza para el Progreso, cuyo inicio se da en la Conferencia de Punta del Este de 1961. Esta conferencia marcó también una visión continental con respecto a la salud. “El mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región”³⁰. Hay que resaltar que el primer acuerdo continental en materia de salud fue el Código Sanitario Panamericano³¹, firmado el 14 de noviembre de 1924 en Perú, pero que ahonda en temas de cooperación internacional en materia de salud para, por ejemplo, evitar la propagación de enfermedades; es decir, no hay definición sobre qué se entiende por la idea de salud, ni tampoco por el papel que los Estados deben asumir frente a la protección de esta.

También, y en lo relativo a la salud, se puede nombrar al Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales³², firmado por México en 1966, y que entró en vigor en 1976. El artículo 9 hace que los Estados “reconozcan” el derecho de toda persona a la seguridad social, y aunque sigue sin haber una definición de “salud” como tal, se presentan algunas responsabilidades estatales básicas en el artículo 12, referente a este tema:

³⁰ Valentín Yáñez Campero, *op.cit.*, p. 48.

³¹ Organización Panamericana de la Salud, *Código Sanitario Panamericano*, [en línea] firmado en La Habana, Cuba, el 14 de noviembre de 1924. Dirección URL: <http://www1.paho.org/spanish/sanitarycode.htm> [Consulta: 9 de septiembre de 2013].

³² Organización de Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, [en línea], 3 de enero de 1976 Dirección URL: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm> [Consulta: 11 de junio de 2013].

- “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”³³

La Declaración de Alma-Ata de 1978 es considerada como muy importante por su contenido. Esta Declaración fue producto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, en donde se discutieron las estrategias que los países en vías de desarrollo tenían para alcanzar rápidamente valores de salud aceptables. Para lograr esto, lo primero era justamente asegurar la atención primaria de salud a toda la población; en el documento firmado por los países participantes se asegura que las diferencias en los niveles de salud de los países desarrollados y aquéllos en vías de desarrollo es inaceptable. Algunos puntos a destacar de esta Declaración son³⁴:

- Se retoma la definición de salud de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aclarando que esta no implica solamente la falta de enfermedades, sino que es un “estado de completo bienestar físico, mental y social”. La realización de este derecho humano incluye otros sectores económicos y sociales, y no solamente el de la salud.

³³ Ídem.

³⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Declaración de Alma-Ata*, [en línea], en Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, URSS (actual Almaty, Kazajistán), 6-12 de septiembre de 1978. Dirección URL: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm[Consulta: 11 de septiembre de 2013].

- Se especifica que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”. Como se ve, en esta Declaración no se trata de sólo recibir salud o asistencia, sino también el derecho y hasta el deber de participar en la atención de salud a todos los niveles.
- Puesto que la Conferencia en donde surgió este documento es sobre atención primaria, a esta se la define como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”³⁵.

La definición de atención primaria vuelve a abrir el tema de la responsabilidad social e individual de la salud, dando un papel importante a los Estados pero no erigiéndolos como el único actor capaz de proveer atención a la salud; y más importante, queda claro que, sin el apoyo y responsabilidad social, cualquier política pública de salud está condenada al fracaso. La atención primaria debía estar cerca de las personas, tanto de sus lugares de residencia como de sus puestos de trabajo, puesto que esta debía ser el primer contacto de la persona con el sistema de salud. La atención primaria bien desarrollada lleva a evitar el deterioro en salud, que puede evidenciarse por gastos públicos que podrían haberse evitado además de sufrimiento humano inconmensurable.

- La atención primaria en salud cuenta con las siguientes características:
 - . Depende por completo de la realidad económica y sociocultural del país; es decir, no hay “recetas mágicas” ni un modelo que deba ser copiado por todos los países.
 - . Busca la concientización sobre los problemas de salud y los beneficios de la prevención; la promoción de ambientes más adecuados, lo que incluye un

³⁵ Ídem.

buen suministro de agua potable, saneamiento básico, y nutrición; la asistencia maternoinfantil; la inmunización frente a las principales enfermedades infecciosas (como el cólera, la neumonía o el dengue, entre muchas otras); y el suministro de medicamentos básicos.

- . Uno de sus objetivos clave es la concientización, la autorresponsabilidad individual y la participación de la persona y de la comunidad en la “planificación, la organización, el funcionamiento y el control”³⁶ de la atención primaria.
- . Es una política redistributiva y, como tal, da prioridad a los más necesitados.
- . Se busca ver a la salud como algo multidisciplinario, retomando el papel de los médicos pero también los roles jugados por médicos tradicionales, trabajadores de la comunidad, parteras, y lo necesario para “...atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad”³⁷.

En el 2005, se firmó la “Carta de Bangkok”³⁸ después de la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, que tuvo lugar en la capital tailandesa. En esta Carta, se habla sobre los desafíos que plantea la globalización en cuanto a cuestiones de salud, como por ejemplo los efectos del cambio climático y la urbanización. El papel tanto del sujeto como de la sociedad civil y de los grandes grupos empresariales es crucial, mientras que el Estado debe hacer lo posible para promover la salud, además de simplemente tratar enfermedades.

En el plano de lo psicológico, hay pocas cosas en el ámbito internacional. Podría nombrarse los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental³⁹ (mejor conocidos como “MI Principles”), de diciembre de 1991. En este se nombran a grandes rasgos los derechos de las personas que

³⁶ Ídem.

³⁷ Ídem.

³⁸ Organización Mundial de la Salud, *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*, [en línea], Tailandia, 2005. Dirección URL:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf [Consulta: 26 de marzo de 2014].

³⁹ Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, *Principios para la Protección de las personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental*, [en línea], 17 de diciembre de 1991. Dirección URL: <http://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm> [Consulta: 8 de septiembre de 2013].

sufren de algún trastorno mental, como el derecho a la confidencialidad y privacidad, a recibir un tratamiento adecuado y dentro de su propia comunidad, a no recibir un tratamiento sin su consentimiento, entre otros. La definición de trastorno mental recae en las legislaciones de los países de la Organización de Naciones Unidas, puesto que en este documento no se especifica. De estos principios se deriva un documento de la Organización Mundial de la Salud, titulado “Diez principios básicos de las normas para la atención de la salud mental”, del año de 1996.

La Organización Panamericana de la Salud ratificó la “Declaración de Caracas” en 1990 para la reestructuración de los servicios psiquiátricos de América latina. En esta Declaración, se establece que “...la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios”⁴⁰. Se reconoce, consecuentemente, el papel que el hospital psiquiátrico juega, al excluir al así denominado enfermo mental de su entorno, absorber muchos recursos económicos, y al perpetuar su propio modelo mediante los modelos de enseñanza impartidos en estos mismos hospitales. Si bien puede verse como un punto positivo la visión crítica hacia los hospitales psiquiátricos, la idea misma de salud mental sigue encerrada en el ámbito psiquiátrico, lo que hace que continúe la idea básica de que solamente ciertas enfermedades atentan contra la salud mental. Además, y retomando las ideas del capítulo anterior, el hecho de que las personas ya no se encuentren encerradas en un hospital psiquiátrico se debe a que la medicalización ya ha trascendido los muros de las instituciones mentales y ha llegado a la vida cotidiana.

Es importante destacar que, según un documento de la propia organización Mundial de la Salud, tanto los “MI principios”, como los “Diez principios básicos” y la “Declaración de Caracas” no son legalmente vinculantes, sino que intentan mostrar “buenas prácticas”⁴¹ en cuanto al tratamiento de los problemas denominados de salud mental, con el objetivo de ayudar a los Estados a que revisen y modifiquen, en su caso, sus propias legislaciones.

Hay muchos tratados más, en el ámbito internacional, que podrían ser citados, aunque tienden a referirse a asuntos específicos. México y Estados Unidos han firmado

⁴⁰ Organización Panamericana de la Salud, *Declaración de Caracas*, [en línea], Venezuela, 1990. Dirección URL: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf[Consulta: 12 de septiembre de 2012].

⁴¹ Organización Mundial de la Salud, *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*, España, Editores Médicos S.A., 2005, p. 15.

varios acuerdos de salud, dirigidos a evitar el contrabando de estupefacientes; también se encuentra la adhesión mexicana a la Organización Internacional de Energía Atómica, que dictamina las medidas de salud a tomar en caso de un accidente nuclear. Sin embargo, los documentos explicados con anterioridad resultan importantes por la posición que toman respecto de la salud; particularmente, qué se entiende por este concepto, cuál es el papel del Estado en este ámbito, y qué lugar se le deja al sujeto y a la sociedad en su conjunto.

Los acuerdos internacionales, independientemente de que puedan formar parte de la jurisdicción de un país o no, pueden servir para encaminar las acciones de un grupo importante de países. Como hemos podido ver, muchos de los principios de estos acuerdos suenan muy prometedores; sin embargo, al aplicar los planes de salud, estos principios se diluyen. A continuación, se presentarán algunos documentos hechos por administraciones panistas en lo referente a las políticas públicas en salud.

Marco jurídico del Seguro Popular como política de salud y sus antecedentes durante los gobiernos panistas

Programa Nacional de Salud 2007-2012: El Programa Nacional de Salud (PNS) se enmarca dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, del gobierno de Felipe Calderón. El PNS se construyó con una mirada prospectiva hacia 2030.

El PNS reconoce el cambio en las formas en la que los mexicanos de hoy se enferman y mueren. Grandes avances se han hecho en materia de salubridad y combate a enfermedades infecciosas y gastrointestinales desde hace 50 años. Siendo México una economía emergente, el país se encuentra con que las enfermedades gastrointestinales e infecciosas siguen causando estragos entre la población pobre del país, pero también crecen los enfermos de afecciones crónico-degenerativas, como el cáncer, la diabetes o la hipertensión. Las enfermedades crónico-degenerativas requieren de un mayor tiempo de tratamiento y un mayor costo.

El PNS parece reconocer la situación especial que México enfrenta como economía emergente en lo que a salud se refiere. Hay un enfoque multisectorial de la salud, a la vez que se busca unir el combate a la pobreza con el combate a las enfermedades para romper el círculo vicioso pobreza-enfermedad-pobreza. De esta manera, los cinco objetivos planteados para el PNS fueron⁴²:

- Mejorar las condiciones de salud de la población.
- Reducir las desigualdades en salud haciendo énfasis en grupos vulnerables y comunidades marginadas.
- Prestar servicios de salud de calidad.
- Evitar el empobrecimiento de la población por problemas de salud.
- Asegurar que se contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país mediante la salud.

El cambio del perfil de la salud en México implica, también, a los trastornos mentales. El PNS remarca que la depresión se ha convertido en un problema nacional, afectando principalmente a las mujeres. El PNS utiliza para medir la relevancia de la depresión un término, el de “años de vida saludables” (AVISA) perdidos. La depresión aparece, en las mujeres, como el trastorno más importante, causando el 6.5% de los AVISA perdidos totales; en el caso de los hombres, la depresión es responsable del 2.6% de los AVISA perdidos, ocupando el noveno puesto⁴³. Hay que recordar que un estudio sobre la depresión, como se mencionaba en el primer capítulo, no sólo debería revisar porqué es que la gente “se deprime más”, sino también porqué es que la depresión es cada vez más diagnosticada. Independientemente de esto, esto pone presión al Estado para que responda de alguna manera frente a la nueva “epidemia”.

A pesar de que el PNS afirma que la depresión ha adquirido importancia para el sector salud, en todo el Programa la palabra “psicológico” aparece 5 veces, y una la palabra

⁴² Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, [en línea], México, 2007, p. 18. Dirección URL:

http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/245144/702439/file/PROGRAMA_NACIONAL_SALUD%202007%202012.pdf [Consulta: 3 de agosto de 2013].

⁴³ *Ibíd.*, p. 33.

“psico-emocional”. Siguiendo la lógica de la Ley General de Salud, lo psicológico aparece focalizado: en la ayuda a personas en situación de violencia familiar (objetivo 2.16), en la salud mental (en donde aparece lo psicológico sólo en lo referente a programas de rehabilitación psico-social para las personas con trastornos mentales, en el objetivo 5.9), en la atención a niños y adolescentes, y en la violencia psicológica a las mujeres.

La depresión aparece en la página 34 del PNS, en donde se advierte que una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito. Más adelante, se da una descripción somera tanto de este trastorno como del tratamiento. Es de destacar que lo psicológico no aparece en ningún lugar, haciéndose énfasis en el tratamiento con antidepresivos.

Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud: Esta Estrategia se enmarca en el Plan Nacional de Salud, derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. En febrero de 2007, se presentó el documento de esta Estrategia, que delimita claramente algunos conceptos básicos.

Para empezar, esta Estrategia retoma la idea de “promoción de la salud”, presente en la Conferencia de Bangkok. Esta Estrategia resalta la importancia del paciente para evitar su propia enfermedad, siendo de importancia central para la salud pública.

Los principios que alientan esta Estrategia resultan interesantes puesto que apuntan a un entendimiento multidisciplinario de la salud. Estos principios son⁴⁴:

⁴⁴Secretaría de Salud, *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud*, [en línea], México, 2007, p. 39. Dirección URL: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia_nacional.pdf [Consulta: 1 de agosto de 2013].

- La salud es una prioridad nacional, un objetivo común y una responsabilidad compartida.
- Se basa en un modelo socio-ecológico que reconoce las complejas interrelaciones entre los determinantes sociales, los determinantes biológicos y los comportamientos personales, familiares y comunitarios.
- Debemos anticiparnos a la enfermedad atendiendo sus determinantes causales.
- Se debe garantizar que la sociedad esté adecuadamente informada y que tenga una responsabilidad compartida en cuanto a su salud.
- Invertir en la prevención de las enfermedades, en detectarlas y en tratarlas oportunamente; o, aún mejor, en promover que no se presenten, tiene sentido económico.
- Toda intervención debe estar basada en la mejor evidencia científica.
- Es prioritario disminuir la inequidad, otorgando una atención integral durante todas las etapas de la vida, con énfasis en la población indígena y otros grupos vulnerables, así como en los entornos más desfavorecidos, incorporando la perspectiva de género.
- Toda atención debe ser equitativa, universal, portable y otorgada con calidad y calidez, tomando en cuenta las diferentes necesidades de mujeres y hombres a lo largo del ciclo de vida.
- Todo proceso de atención a la salud debe someterse a una estricta rendición de cuentas.

La Estrategia cuenta con una serie de padecimientos priorizados, siendo todas estas afecciones físicas. Sin embargo, podría haber espacio para el ámbito psicológico si se entiende que la Estrategia hace hincapié en las interrelaciones entre los factores biológicos, sociales o personales del paciente.

Seguro Popular: Al iniciar la presidencia de Vicente Fox, Julio Frenk Mora fue nombrado Secretario de Salud. Frenk Mora cuenta con estudios en el extranjero referentes a sistemas de salud pública y atención pública, y fue uno de los pocos integrantes del Gabinete de

Vicente Fox que no pertenecía a ningún partido; actualmente se desempeña como Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

Desde sus inicios como Secretario de Salud, Frenk destacó que México debía transitar hacia la “tercera generación” en la atención de salud. La primera generación de reforma de los sistemas de salud se da en México en la década de los 40, con el gran desarrollo del aparato estatal de salud (creación del ISSSTE y, en los años 60, del IMSS); el esquema era altamente centralizado. La segunda generación se inicia en los años 70, con un énfasis en la atención primaria como factor determinante para detectar enfermedades a tiempo (recordando que esta era una tendencia global, reflejada en la “Declaración de Alma-Ata” de 1978, y que fue revisada con anterioridad); el esquema comenzaba a adquirir tintes de descentralización y, como momento auge, se dan las reformas constitucionales en 1983, que incorporan el derecho a la protección de la salud. La tercera generación, de acuerdo con declaraciones de Frenk, debía ser la de la democratización de la salud: esto incluye la expansión del modelo de protección de salud a todos los rincones del país, además de realizar una profunda modernización administrativa para llevar esto a cabo⁴⁵. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, estas son las características de las reformas de los sistemas de salud⁴⁶:

⁴⁵ Ángeles Cruz, “El destino de la salud, atado a la reforma hacendaria integral (Entrevista a Julio Frenk Mora)”, [en línea], *La Jornada*, 4 de febrero de 2001. Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx:8080/2001/02/04/006n1pol.html> [Consulta: 24 de febrero de 2014].

⁴⁶ Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, *op. cit.*, p. 152.

Cuadro 1: “Generaciones” de las reformas de los sistemas de salud.

Primera Generación	.Creación de sistemas nacionales de atención sanitaria
	.Extensión de los sistemas de seguridad social a los países de medianos ingresos.
	.Aumento de atención hospitalaria y aumento de costos.
	.Mayor utilización de los servicios por personas de mejor nivel económico.
	.Atención de poca calidad.
	.Exclusión de las poblaciones indígenas.
Segunda Generación	.Promoción de la atención primaria a la salud.
	.Meta de un nivel mínimo de servicios de salud y servicios públicos para todos los habitantes.
	.Financiamiento inadecuado.
	.Capacitación y calidad de la atención deficientes.
Tercera Generación	.Busca ampliar el acceso para los pobres.
	.Relacionado con los cambios político-económicos del mundo.
	.Ajustes de acuerdo con la capacidad financiera y de organización de cada país.
	.Unificar, ampliar o fusionar la cobertura de seguro.
	.Atención sanitaria costeadada por el seguro con aportes del asegurado.

Fuente: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, *op. cit.*, p. 121.

Como se mencionó anteriormente, el momento histórico y económico actual hace que la discusión sobre modelos de salud pública que no estén coligados con un trabajo asalariado sea urgente. La democratización de la salud y la universalización de su acceso son dos conceptos que reconocen la complejidad de proveer y proteger la salud de los mexicanos (estén o no empleados).

Los datos recabados entre 2001 y 2002, que sirvieron para justificar la aparición del Seguro Popular, presentaron un modelo de salud deficitario en México por cinco razones⁴⁷:

⁴⁷ Secretaría de Salud, *Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos*, [en línea], México, 2005, p. 19. Dirección URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf> [Consulta: 24 de febrero de 2014].

- 1- Bajo nivel de inversión en salud: México destinó, en 2002, un 6.1% de su PIB en salud, lo que resultaba inferior a la media latinoamericana de 6.6%, y bastante menor comparado con otros países de la región con un PIB per cápita similar al de México, como Uruguay (10.0%) y Costa Rica (9.3%).
- 2- Predominio del “gasto de bolsillo”: del total del gasto en salud en México, en el 2002 el gasto “de bolsillo” que realizaron las familias representó poco más del 50%. Esto significa que el esquema de salud pública aún no puede cubrir en su totalidad la demanda de salud del país y, además, que las familias mexicanas tengan que desembolsar su propio dinero para conseguir salud perjudica particularmente a los estratos más bajos (quienes incurren en “gastos catastróficos”, que los hacen caer a la pobreza o ver que esta se agudiza aún más). Como asistir al médico cuesta dinero, la gente de estratos bajos evita ir en un principio al médico, lo que significa que se pueden perder oportunidades para detectar y tratar las enfermedades a tiempo. Se calcula que más de 1.5 millones de mexicanos, antes de la puesta en marcha del Seguro Popular, se empobrecían más a consecuencia de los gastos en salud.
- 3- Distribución no equitativa de recursos entre instituciones y áreas geográficas: La población asegurada recibe 2.3 veces más dinero en concepto de salud por parte del gobierno que la población no asegurada. Además, los recursos federales que reciben los Estados para ayudar a la población no asegurada no están exentos de desigualdades, entregándose casi 1800 pesos por persona al Estado de Baja California Sur contra los 200 por persona que recibe Puebla.
- 4- Falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno: Algunos Estados invierten dinero propio para ocuparse de temas de salud, mientras que otros Estados alcanzan niveles bajísimos de inversión y, por lo tanto, dependen más de los recursos que pueda darles la Federación.
- 5- Tendencia al aumento del gasto de nómina: Los gastos de salud para atender a la población no asegurada tienden a enfocarse cada vez más en pagos de nómina, lo

que se traduce en menor dinero para inversión y compra de nuevo material y equipo médico.

Se realizó una prueba piloto de 2001 a 2003 en varias entidades federativas, alcanzando esta prueba piloto a 614,000 familias afiliadas para el 2003. La prueba piloto contó con un documento básico, denominado CABEME (Catálogo de Beneficios Médicos), integrado por 78 intervenciones médicas cubiertas por este Seguro; estas 78 intervenciones equivalían al 85% del total de las demandas de tratamientos médicos en el país. Durante la prueba piloto, la financiación del Seguro fue planteada en un esquema bipartito, aportando un gran porcentaje del dinero el Estado, y la otra parte las aportaciones familiares.

Los resultados preliminares de la prueba piloto fueron utilizados para la presentación de un proyecto de modificación a la Ley General de Salud en noviembre de 2002, en donde se adicionaba la protección social en salud como materia de salubridad general. El proyecto, modificado en discusiones legislativas, fue aprobado con un 94% de la Cámara de Senadores a favor, y un 72% en la Cámara de Diputados, siendo publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003. En la Cámara de Diputados, todos los diputados del PAN votaron a favor, todos los del PRD votaron en contra, y en el PRI una tercera parte de la bancada votó en contra de la iniciativa⁴⁸. Algunos de los argumentos esgrimidos en contra del proyecto apuntaban a que la situación financiera del sector salud era ya lo suficientemente inestable para sumar otro organismo más, y que la prioridad debía estar en reformar el sistema de pensiones del IMSS y el ISSSTE, a punto de colapsar.

Las modificaciones legales también crearon a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), la encargada principal de la protección social en salud. Esta Comisión es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud que se encarga de coordinar a los proveedores de servicios de salud tanto públicos como privados para ofrecer protección social en salud a sus afiliados. Es decir, la Comisión no cuenta con hospitales propios sino que, de acuerdo con su página de Internet, es “un sistema que consolida los

⁴⁸ Votación de la Cámara de Diputados del 29 de abril de 2003, [en línea]. Dirección URL: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/Votaciones/58/tabla3or2-48.php3> [Consulta: 2 de marzo de 2014].

recursos económicos, provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiere”⁴⁹. El Estado y las entidades federativas, entonces, se asegura de que la población pueda recibir atención médica de primer y segundo nivel, y cubre algunas afecciones de tercer nivel para evitar los gastos catastróficos en salud. La Comisión se financia mediante un esquema tripartito: la Federación, las cuotas familiares y un aporte estatal (sistema distinto al bipartito que se había planteado para la prueba piloto). Los Estados juegan un papel importante en el Seguro Popular, pues mediante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) se implementa y opera el Seguro Popular en las entidades federativas.

Desde el principio, el Seguro Popular se planteó como un esquema diferente de salud del que representan el IMSS y el ISSSTE. Puesto que en la CNPSS no existe el financiamiento basado en un esquema obrero-patrón, el Estado puede distribuir de una forma más eficiente los recursos, enfocándolos a los deciles de la población más necesitados. En 2003, por ejemplo, 18.9% de los recursos destinados al Seguro Popular se canalizaron al decil más pobre, recibiendo el decil más rico sólo el 1.5% del dinero total⁵⁰. En el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, el artículo transitorio octavo especifica que la cobertura de los servicios de protección social en salud dará preferencia a los dos deciles más pobres, zonas rurales e indígenas. La protección social en salud, a diferencia de los grandes modelos de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE, también ofrece servicios comunitarios de salud, en forma de brigadeos, vigilancia epidemiológica, etc.

Aparte de la atención en el primer y en el segundo nivel, el Seguro Popular también cuenta con un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos⁵¹ (FPGC), que por ley debe ser del 8% de los ingresos totales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. El Fondo es parte del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, que administra también el dinero destinado a la construcción de infraestructura médica en zonas

⁴⁹ Página web de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, [en línea]. Dirección URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=381 [Consulta: 2 de marzo de 2014].

⁵⁰ Secretaría de Salud, *op. cit.* (2005), p. 34.

⁵¹ Se denomina como “gasto catastrófico en salud” aquél que representa el 30% del ingreso total del hogar después de descontado el dinero utilizado para la compra de alimentos. Ídem.

marginadas (2% de los ingresos totales) y un resto destinado a compensar diferencias imprevistas de costos (1% de los ingresos totales); es decir el Fideicomiso del SPSS administra el 11% de los ingresos que recibe la CNPSS. El FPGC proporciona dinero para atender 49 enfermedades, como VIH/SIDA, diversos tipos de cáncer infantil y de mama, y trastornos congénitos y, a diferencia del resto de los apartados del Seguro Popular, el Fondo es responsabilidad federal.

En 2004, el Seguro Popular comenzó a funcionar de forma oficial. Como uno de los cambios más importantes de ese año, el antiguo documento CABEME fue reemplazado por el CASES (Catálogo de Servicios Esenciales de Salud), que contenía 91 intervenciones en vez de las 78 del antiguo CABEME, y con el que se esperaba cubrir el 90% del total de las demandas de tratamientos médicos en el país. El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, en su artículo 9, define las características que deben cumplir las intervenciones para ser incluidas dentro del CASES (haciendo hincapié en que las intervenciones deben de aumentarse “progresivamente”)⁵²:

- Incluir las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, así como las correspondientes a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, vinculadas con las necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país;
- Considerar la sustentabilidad financiera del Sistema;
- Tomar en cuenta las necesidades de salud recurrentemente solicitadas en los servicios públicos de salud disponibles;
- Prever la secuencia y el nivel de atención médica de los servicios, según la capacidad resolutive de las instalaciones médicas y las necesidades de atención individuales;
- Establecer las intervenciones cubiertas, a manera de catálogo;
- Contemplar los medicamentos asociados a los tratamientos, los cuales deberán estar incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos

⁵² Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 5 de abril de 2004.

del Sector Salud, deberán ser prescritos por el médico conforme a lo establecido en los protocolos o guías clínico-terapéuticas que se apliquen para cada intervención, y sujetando la dotación de medicamentos a lo señalado en la receta;

- Tomar como principios fundamentales la equidad y la justicia distributiva, y
- Promover un trato digno y respetuoso.

Es decir que, ya desde su inicio, el CASES, además de identificar los tratamientos que cubre el Seguro Popular, también da una descripción acerca de ellos, y especifica de qué manera esos tratamientos se proporcionarán. Todos los tratamientos están homologados con el CIE-10 (la “Clasificación Internacional de Enfermedades”, un compilado de enfermedades realizado por la Organización Mundial de la Salud y que ha recibido fuertes críticas) y, en prácticamente todos los casos⁵³, involucran algún tipo de insumo o medicina. Es importante aclarar que por “intervenciones” no debe entenderse “enfermedad” puesto que, por un lado, las intervenciones pueden ser de carácter preventivo, o una intervención puede servir para curar varias enfermedades⁵⁴.

Siguiendo fielmente los ordenamientos legales, el CASES comenzó a expandirse para cubrir cada vez más tratamientos y, por supuesto, brindar más medicamentos. Como se

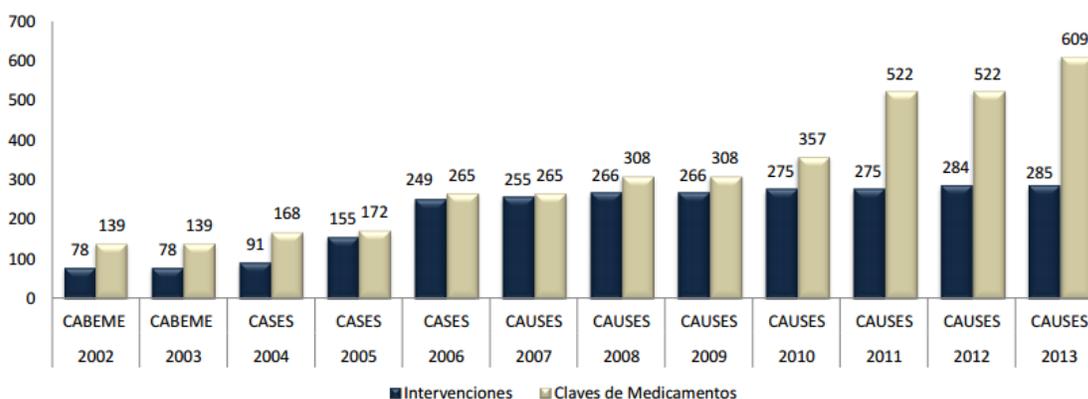
⁵³ Con las siguientes excepciones (para el CAUSES 2012):

- Todas las “Acciones preventivas” (Para los menores de 5 años, para niños de entre 5 y 9 años, para adolescentes, para mujeres, para hombres, para adultos mayores). Si se detecta un problema, este puede ser reorientado como un tratamiento distinto dentro del CAUSES que, entonces sí, contará con medicamentos para ser tratado.
- “Diagnóstico precoz de los trastornos de la conducta alimenticia”, justamente porque lo que el Seguro Popular cubre es el diagnóstico; después de que este se realiza, y si se considera que el paciente tiene un trastorno de la conducta alimenticia (anorexia, bulimia, etc.), se lo remite a distintos centros de salud.
- “Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición”, en donde el tratamiento está enfocado a rehabilitación y educación para el desarrollo psicomotriz.
- “Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes”, en donde se especifica que el tratamiento va encaminado a cambiar hábitos de vida y no a dar “medicamentos anorexigénicos”.
- “Consejería de adicciones”, enfocada a evitar que las personas caigan en el uso de algún estupefaciente.

⁵⁴ Por ejemplo, la intervención número 127 del CAUSES 2012, denominada “Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide” combate las siguientes enfermedades: Artritis reumatoide seronegativa (clave M06.0, de acuerdo con el CIE-10), Otras artritis reumatoideas especificadas (clave M06.8), y Artritis reumatoide no especificada (clave M06.9).

puede observar en la gráfica 1, en el 2006 el CASES contaba con 249 intervenciones, y proporcionaba 265 tipos distintos de medicamentos⁵⁵. En el caso de las intervenciones, en el 2006 el CASES cubrió un 62% más de intervenciones con respecto al 2005; y en el caso de las medicinas cubiertas, la gran expansión se dio en el 2011, siendo el aumento de un 68%. De acuerdo con estimaciones recientes, el CAUSES 2012 cubre el 100% de los padecimientos tratados en el primer nivel de salud, y el 90% de los tratados en el segundo⁵⁶.

Gráfica 1: Crecimiento de las intervenciones y de los medicamentos cubiertos por el Seguro Popular.



Fuente: Secretaría de Salud, *Evolución de carteras*⁵⁷.

El 1° de diciembre del 2006, en el marco de la inauguración de Felipe Calderón como Presidente de la República, éste anunció que todos los bebés nacidos a partir de ese día podrían acceder de forma gratuita al “Seguro Médico para una Nueva Generación” (ahora denominado “Seguro Médico Siglo XXI” con la administración de Enrique Peña Nieto), que debía ser responsabilidad del Seguro Popular. Los niños nacidos a partir de ese día tendrían cubiertas todas las intervenciones especificadas tanto en el CASES como en el FPGC si es que no contaran con algún seguro médico. El Seguro Médico para una Nueva

⁵⁵ La gráfica 1 habla de “claves de medicamentos”. En el Seguro Popular, los medicamentos se identifican con una clave, que especifica qué activo contiene y la forma en la que viene presentado (jeringa, tabletas, parches, etc.). Es decir, algunos activos cuentan con varias claves, debido a que vienen en diferentes presentaciones. Tómese, por ejemplo, la ampicilina, que tiene 3 claves puesto que viene en 3 presentaciones: tableta, solución inyectable o suspensión.

⁵⁶ Secretaría de Salud, *Evolución de carteras*, [en línea], México, 2013, pág. 4. Dirección URL: http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/archivos/evolucion_carteras.pdf [Consulta: 4 de marzo de 2014].

⁵⁷ *Ibíd.*, p. 3.

Generación podría explicar la gran cantidad de nuevos afiliados al Seguro Popular vislumbrada del año 2006 al 2007, pasando los beneficiarios de 5,318,289 a 11,404,861⁵⁸.

Estudios oficiales y externos sobre el Seguro Popular

Presupuestos ejercidos:

En primer lugar, se hará una rápida revisión del presupuesto ejercido por el Seguro Popular del 2010 al 2012:

Presupuesto 2010⁵⁹:

	Autorizado	Modificado	Ejercido
Servicios esenciales en salud	39,924,362,762.00	37,029,461,510.87	37,029,461,510.87
FPGC	7,889,437,386.00	7,284,695,266.44	7,284,695,266.44
Variaciones demanda	1,028,326,897.00	910,586,908.32	910,586,908.32
FPP	1,946,371,514.00	1,821,173,816.64	1,821,173,816.64
Total	50,788,498,559.00	47,045,917,502.27	47,045,917,502.27

Fuente: Libro Blanco del Sistema de Protección Social en Salud.

⁵⁸ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Afiliación histórica*, [en línea], México, 2013. Dirección URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=552&Itemid=481 [Consulta: 4 de marzo de 2014].

⁵⁹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Libro Blanco del Sistema de Protección Social en Salud 2006-2012*, México, 2012, p. 236.

Presupuesto 2011⁶⁰:

	Autorizado	Modificado	Ejercido
Servicios esenciales en salud	46,531,606,281.00	45,165,806,053.55	45,165,806,053.55
FPGC	9,257,849,582.00	9,823,951,623.27	9,823,951,623.27
Variaciones demanda	1,157,231,198.00	1,227,993,953.15	1,227,993,953.15
FPP	2,314,579,440.00	2,455,987,905.30	2,455,987,905.30
Total	59,261,266,501.00	58,673,739,535.27	58,673,739,535.27

Fuente: Libro Blanco del Sistema de Protección Social en Salud.

Presupuesto 2012⁶¹:

	Autorizado	Modificado	Ejercido
Servicios esenciales en salud	51,671,994,991.00	50,916,324,539.34	37,849,035,390.66
Servicios generales	0	198,495,224.62	141,138,839.12
FPGC	11,138,189,512.00	11,138,189,512.00	8,160,577,852.93
Variaciones demanda	1,392,273,689.00	1,392,273,689.00	1,044,205,270.00
FPP	2,784,547,378.00	2,784,547,378.00	2,320,456,150.00
Ampliación Diputados	200,000,000.00	200,000,000.00	150,000,000.00
Total	67,187,005,570.00	66,629,830,342.96	49,665,413,505.71

Fuente: Libro Blanco del Sistema de Protección Social en Salud.

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 278.

⁶¹ *Ibíd.*, p. 367.

En primer lugar, se puede ver que el presupuesto autorizado para el Seguro Popular creció cada año, aunque se puede ver una diferencia sustancial en el presupuesto ejercido.

Fideicomiso del Sistema del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS): Como se apuntó anteriormente, el Fideicomiso maneja un 11% de los recursos de la Comisión de Protección Social en Salud. Este 11% es resultado de la suma del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (8%), el Fondo de Previsión Presupuestal para construcción de infraestructura médica en zonas con mayor marginación (2%), y la atención de diferencias imprevistas en la demanda de servicios (1%).

1- Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC):

Enfocándonos sólo en el período de tiempo estudiado (2010-2012), el FPGC se comportó de la siguiente manera:

En el 2010, el FPGC gastó 2,961,380,105 pesos en atención de casos de salud, que sirvieron para atender 61,434 casos distintos⁶². Más del 40% del dinero gastado se dedicó al cáncer de mama, cuyos casos, sin embargo, el 12.35% del total. Esto se debe a los altos costos de tratar el cáncer si se lo compara con otras enfermedades cubiertas por el FPGC. El tratamiento de cataratas, por ejemplo, representó más del 44.5% de los casos tratados, pero solamente un 5.4% del dinero gastado⁶³. El tratamiento más caro resultó ser el de tratamiento de médula ósea, en el que por cada caso se gastaron \$882,837, existiendo 45 casos en el país (en solamente 3 entidades de México: el Distrito Federal, con 36 casos; Guanajuato, con 1 caso; y Jalisco, con 8). El Distrito Federal fue el que más recibió dinero por parte del FPGC: un 27.73%, lo que contrasta con el porcentaje de afiliados que el

⁶² *Ibíd.*, p. 7662.

⁶³ El tratamiento contra las cataratas es bastante eficaz, relativamente sencillo, y evita que las personas sufran daño permanente en la vista o incluso ceguera. Incluso aunque el tratamiento pueda ser considerado barato, la situación de pobreza en la que vive gran parte de la población mexicana castiga a este estrato social a sufrir consecuencias irreversibles por no poder pagar siquiera una consulta médica.

Distrito Federal tenía en el 2010 dentro del Seguro Popular: un 4.58%⁶⁴. La segunda entidad que más dinero recibió fue Jalisco, que recibió un 7.77% de los recursos a pesar de tener el 4.53% de los afiliados. El Estado de México, que con un 13.42% de afiliados es el que más tiene dentro del Seguro Popular, recibió solamente un 2.32%. Se hicieron gastos adicionales por 2,804 millones de pesos, que se destinaron principalmente para comprar insumos para enfermos de VIH/SIDA y para atender contingencias posibles de influenza AH1N1. El resto se destinó a gastos administrativos y humanos, y compra de material

En el 2011, el FPGC gastó 3,500,332,901 pesos en 76,712 casos distintos⁶⁵. Se trataron más de 12,000 casos de cáncer de mama con un costo de 1,200 millones de pesos (representando un 40% del gasto total). Aunque los tratamientos de cataratas fueron los más solicitados, también se pudo observar un aumento de los casos de cuidados intensivos neonatales. Nuevamente, el trasplante de médula ósea fue el procedimiento más caro, costando 700,000 pesos cada uno (hubo 59 casos, pero sólo en 4 entidades: el Distrito Federal, con 43; Guanajuato, con 1; Jalisco, con 6; y Nuevo León, con 9). Nuevamente el Distrito Federal y Jalisco recibieron la mayor cantidad de los recursos (24.37% del dinero con sólo el 5% de los afiliados, en el primer caso; 7.78% del dinero con sólo el 5.36% de los afiliados, en el segundo), aunque los recursos fueron repartidos de una forma algo más proporcional con respecto al 2010. Gastos adicionales para recibir apoyo por parte del CENSIDA y para vigilancias epidemiológicas fueron hechos por 2,434,476,276 pesos.

En el 2012, el FPGC gastó 2,389,749,185 pesos en 64,133 casos distintos⁶⁶, lo que representó un retroceso de más de mil millones de pesos con respecto al año anterior. Con la inclusión de la cobertura para enfermedades lisosomales⁶⁷, estas se convirtieron en el tratamiento más caro por cada caso atendido (1,078,000 pesos por caso, siendo atendidos 4 casos en el Distrito Federal, 1 en Guanajuato, 2 en Nuevo León, 1 en San Luis Potosí, 1 en Tabasco y 2 en Veracruz, dando un total de 11). El tratamiento para el que se destinó más

⁶⁴ Ver anexo 1 para más información.

⁶⁵ *Ibíd.*, p. 7667.

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 7674.

⁶⁷ Los lisosomas se encargan de la digestión celular. Cuando los lisosomas fallan, principalmente por razones genéticas, los residuos no digeridos se acumulan, causando diversos males. Las enfermedades lisosomales son consideradas graves, y generalmente afectan a niños. Los tratamientos son bastante nuevos, tecnológicamente complejos y, por lo tanto, caros.

dinero fue nuevamente el de cáncer de mama, con un 34.54% de los recursos. Este dato, junto con el que muestra que en porcentaje hay más mujeres que hombres afiliados al Seguro Popular, abre la posibilidad de discutir si este programa cuenta con una perspectiva de género y, de ser así, qué resultados ha tenido. Casi la mitad de los casos tratados fueron por problemas de cataratas. Los recursos volvieron a mostrar fallas en la distribución: el Distrito Federal recibió el 25.75% del dinero destinado al FPGC contando con solamente el 5.33% de los afiliados, y Jalisco recibió el 7.32% del dinero con el 5.27% de los afiliados. Se hicieron gastos adicionales para financiar a los pacientes con VIH/SIDA por 1,192,133,367 pesos.

2- Fondo de Previsión Presupuestal para construcción de infraestructura médica en zonas con mayor marginación.

Este Fondo sirve para financiar proyectos que los Estados presenten para la construcción de infraestructura médica en zonas con alta marginación. Como se verá a continuación, los recursos en este Fondo parecen estar enfocados a los Estados más necesitados del país.

En el año 2010, el Fondo distribuyó 840,765,570.4 pesos de la siguiente manera⁶⁸:

Estado	Monto (pesos)
Aguascalientes	24,078,684.45
Campeche	54,394,486.11
Chihuahua	24,538,053.11
Chiapas	43,581,729.56
Coahuila	5,108,637.36
Durango	51,796,918.01
Guerrero	13,393,325.18
Hidalgo	18,348,932.43
Jalisco	7,565,926.67
México	6,456,474.14
Michoacán	11,272,933.25
Nayarit	33,452,135.33
Nuevo León	19,223,217.06

Oaxaca	214,044,018.88
Puebla	3,205,109.95
Quintana Roo	6,755,730.53
Sinaloa	15,297,157.02
San Luis Potosí	9,846,945.33
Tabasco	64,638,528.44
Tamaulipas	164,337,198.35
Tlaxcala	5,351,024.30
Veracruz	13,258,279.28
Yucatán	10,178,653.58
Zacatecas	26,751,917.41
Total ingresos	846,876,015.73
Total monto reintegrado	6,110,445.34
Total Fondo 2010	840,765,570.40

Fuente: Libro Blanco del Sistema de Protección Social en Salud.

⁶⁸Libro Blanco, p. 7754.

En el año 2011, el Fondo distribuyó 895,738,977.56 pesos de la siguiente manera⁶⁹:

Estado	Monto (pesos)
Aguascalientes	1,650,694.43
Baja California	6,476,630.25
Campeche	14,794,333.19
Chihuahua	42,464,465.04
Chiapas	15,418,197.09
Coahuila	74,391,993.92
Durango	15,118,040.06
Guerrero	99,851,061.31
Hidalgo	16,573,782.89
Jalisco	6,041,790.42
México	56,109,868.58
Michoacán	5,392,827.49
Nayarit	4,087,965.26

Estado	Monto (pesos)
Oaxaca	39,902,255.97
Quintana Roo	18,153,255.03
San Luis Potosí	11,776,249.32
Tabasco	99,486,974.03
Tamaulipas	43,635,197.54
Tlaxcala	4,547,912.37
Veracruz	12,220,757.32
Yucatán	57,446,289.79
Zacatecas	269,506,183.12
No especificado	13,212,443.70
Total ingresos	928,259,168.12
Total monto reintegrado	32,520,190.56
Total Fondo 2011	895,738,977.56

Fuente: Libro Blanco del Sistema de Protección Social en Salud.

En el año 2012, el Fondo repartió 908,468,101.67 pesos, de la siguiente manera⁷⁰:

Estado	Monto (pesos)
Aguascalientes	667,004.36
Baja California	22,044,130.58
Baja California Sur	4,245,146.28
Campeche	42,929,873.97
Chihuahua	12,906,947.23
Chiapas	33,883,024.23
Coahuila	45,117,815.44
Durango	23,513,943.33
Guerrero	85,366,843.08
Hidalgo	107,405,539.20
Jalisco	1,221,065.76
México	2,221,865.26
Michoacán	2,543,387.20
Nayarit	43,290.47

Nuevo León	77,516,770.91
Oaxaca	14,626,255.52
Puebla	25,000.00
Quintana Roo	26,177,660.77
Sinaloa	5,030,819.46
San Luis Potosí	75,287,344.78
Tabasco	69,087,123.20
Tamaulipas	5,630,392.94
Tlaxcala	5,033,611.48
Veracruz	121,030,645.22
Yucatán	129,138,211.83
Zacatecas	343,335.86
Total ingresos	913,037,048.36
Total monto reintegrado	4,568,946.69
Total Fondo 2012	908,468,101.67

Fuente: Libro Blanco del Sistema de Protección Social en Salud.

⁶⁹ Ibíd., p. 7760.

⁷⁰ Ibíd., p. 7765.

Como puede observarse en los cuadros, el Fondo de Previsión Presupuestal parece distribuir el dinero teniendo en cuenta las necesidades de cada Estado, y otorgándole más dinero a los Estados con menos infraestructura médica y que tengan mayores índices de marginación. El Distrito Federal, por ejemplo, no recibió un solo peso de este fondo en el ciclo 2010-2012.

Para determinar la eficiencia y poder medir los resultados obtenidos, el Seguro Popular diseñó en 2008 una matriz. Esta matriz cuenta con la siguiente estructura⁷¹:

Cuadro 2: Matriz de indicadores del Seguro Popular.

Nivel	Objetivo	Indicadores
Fin	Contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social.	Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares.
Propósito	La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa.	Porcentajes de avances en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular.
Componente	Acceso efectivo a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud	Acceso de beneficios del Sistema de Protección Social en Salud
Actividad	1-Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular. 2-Revisar la información enviada por las entidades federativas para la acreditación de la Aportación Solidaria	1- Personas nuevas incorporadas al Seguro Popular. 2-Cumplimiento en el tiempo empleado para revisar y notificar la situación del proceso de acreditación

⁷¹ *Ibíd.*, p. 58.

	<p>Estatal.</p> <p>3-Revisar la eficiencia en la radicación de recursos del FPGC.</p> <p>4-Transferencias de recursos a las entidades federativas.</p>	<p>de la Aportación Solidaria Estatal.</p> <p>3-Cumplimiento del tiempo empleado para el pago de casos validados del FPGC.</p> <p>4-Cumplimiento en las transferencias de recursos calendarizados.</p>
--	--	--

Fuente: Libro Blanco del Sistema de Protección Social en Salud.

Tomando en cuenta esta matriz, y de acuerdo con los resultados proporcionados por el Seguro Popular, los avances son satisfactorios. Para el segundo trimestre del 2012, el Seguro Popular reportó que los “gastos de bolsillo” como total del gasto de salud se habían reducido a un 44% (a un total de \$603 por familia por año); que prácticamente las metas de incorporación de personas al Seguro estaban cumplidas; que los beneficiarios accedían efectivamente a los servicios del Seguro Popular (medido de acuerdo con la operación número de consultas en el período/total de personas afiliadas en el período, siendo satisfactorio un índice de 1.50, y alcanzándose 1.47); que los recursos se transfieren en tiempo y forma a las entidades federativas; y que el FPGC funciona adecuadamente⁷². Los recursos fueron utilizados en tiempo y forma y se cumplieron las metas establecidas⁷³.

Además, el 97% de los afiliados están satisfechos con el Seguro Popular, considerando el 99% reafiliarse. El 30% mencionó como motivo principal para su reafiliación la gratuidad de los servicios, mientras que un 24% dijo que lo atienden bien⁷⁴. Más de 52 millones de personas estaban afiliadas al Seguro Popular para 2012; el gobierno

⁷² Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Matriz de Indicadores de Resultados: Reporte del segundo trimestre del 2012*, [en línea], México, 2012. Dirección URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/Gobiernoabierto/matriz_indicadores/2o_trim_rep2012.pdf [Consulta: 21 de marzo de 2014].

⁷³ *Libro Blanco*, p. 9084.

⁷⁴ Secretaría de Salud, *Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2011*, [en línea], México, 2011. Dirección URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/estudio_de_satisfaccion_2011.pdf [Consulta: 21 de marzo de 2014].

de Felipe Calderón anunció durante todo ese 2012 que se había logrado la “cobertura universal” en cuanto a la salud, pero esta se refiere sólo a la voluntaria. Es decir, todavía quedan personas que no tienen cobertura médica pero que no quieren (o no saben cómo, o no pueden) afiliarse al Seguro Popular.

Como organismo evaluador, el CONEVAL también realizó análisis sobre el desempeño del Seguro Popular. El CONEVAL resalta los esfuerzos hechos durante el 2010, 2011 y 2012 por el Seguro Popular para ampliar su población afiliada, contar con una cobertura de enfermedades cada vez más grande y, en particular, resalta que el Seguro Popular muestra resultados más tangibles en las personas más pobres, haciéndola una política distributiva⁷⁵. El CONEVAL resalta, sin embargo, la necesidad de contar con más instrumentos para medir el impacto real de su accionar sobre la población.

El CONEVAL también mide la pobreza de acuerdo con un enfoque basado en las carencias, existiendo carencias de ingresos, educación, vivienda, etc. En el 2012, este organismo hizo un estudio sobre la carencia por acceso a servicios de salud; es decir, una persona que no cuenta con ningún tipo de afiliación, inscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los preste. Si bien el CONEVAL asegura que las personas que sufrían de esta carencia habían disminuido sustancialmente⁷⁶, también destaca que la afiliación es sólo el primer paso, y que lo que se debe hacer es estudiar y revisar si las personas afiliadas pueden, realmente, acceder a los servicios de salud cuando se presenten con alguna enfermedad. Si bien los números muestran una gran afiliación al Seguro Popular, el acceso a la salud no ha mejorado al mismo ritmo y, de 2010 a 2012, el porcentaje de la población que llevaba a cabo acciones de medicina preventiva (medición de la presión o azúcar, etc.), de hecho, ha disminuido⁷⁷; esto, a pesar de que en el CAUSES hay varias intervenciones directamente relacionadas con acciones preventivas enfocadas en grupos poblacionales diversos.

⁷⁵ *Libro Blanco*, p. 9303.

⁷⁶ Comisión Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*, [En línea], México, 2012, p. 2. Dirección URL: <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf> [Consulta: 24 de marzo de 2014].

⁷⁷ *Ibíd.*, p. 6.

Un problema que podría influir en esto es que hay gente que aparentemente está afiliada para el gobierno, pero que no sabe que lo está (o que, podría ser, incluso no lo esté). Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 reportó 47.8 millones de personas en el Seguro Popular, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 arrojó 43.27 millones, y los registros de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud mencionaron los ya nombrados 52 millones⁷⁸. En cuanto a la población con carencia por acceso a los servicios de salud, el CONEVAL vio pasos muy grandes para lograr la cobertura en salud; el SP además apunta a reducir las desigualdades entre las entidades federativas, en donde se han dado importantes pasos en el asunto de la afiliación pero en donde persisten aún diferencias grandes en lo relativo a infraestructura hospitalaria, herramientas médicas y personal.

El CONEVAL reporta también que el gran esfuerzo por afiliar no vino acompañado por un crecimiento equitativo de la infraestructura necesaria. De esta manera, los números de camas disponibles, de médicos, de equipo como incubadoras o quirófanos, y de enfermeras por cada 1000 afiliados se ha reducido de una manera importante del 2008 a la fecha. Otro de los temas centrales que el Seguro Popular debe resolver, la falta de medicamentos, podría también deberse al crecimiento de los afiliados⁷⁹. Por la falta de ambulancias, los afiliados al Seguro popular son los que más tiempo tardan, ante una emergencia, para trasladarse de su hogar a un hospital: 59 minutos, contra los 35 minutos del IMSS e, incluso, los 55 minutos que una persona no afiliada a ningún servicio de salud se tarda⁸⁰. Esto podría deberse, al menos parcialmente, a que el Seguro Popular se enfoca en la población pobre del país, que tiende a vivir en ámbitos rurales, y por lo tanto deben cubrir mayores distancias para llegar a un hospital. El ámbito rural en el que busca incidir el Seguro Popular también dificulta los procesos de afiliación, puesto que algunas de estas personas no cuentan con documentos básicos como acta de nacimiento. Los afiliados al Seguro Popular, particularmente en las zonas rurales, destacan que necesitan muchos

⁷⁸ *Ibíd.*, p. 13.

⁷⁹ Sin embargo, vale la pena destacar que el Gobierno contaba de antemano con estudios que predecían el crecimiento de afiliados del Seguro Popular; es decir, se debió más a un problema de planeación sobre la compra de los medicamentos (y otros insumos médicos) que a un tema de una “explosión de demanda”. *Ibíd.*, p. 32.

⁸⁰ *Ibíd.*, p. 23.

papeles para afiliarse y que no hay suficientes módulos de orientación para atender sus dudas⁸¹.

La gran cantidad de afiliados unido a una infraestructura y recursos humanos que no han crecido al mismo ritmo pueden ser una de las razones por las que los afiliados al Seguro Popular dejaron de buscar ayuda en los hospitales de la Secretaría de Salud. Para el 2010, se muestra un aumento de afiliados al SP que acudieron a los consultorios de farmacias o a servicios privados de salud⁸². El CONEVAL advierte que todos estos factores podrían mostrar que la capacidad de atención de los servicios de salud para el SP puede estar disminuyendo. La calidad de los servicios también parece empeorar con el tiempo. Los afiliados al SP que prefirieron no atenderse cuando tuvieron un problema de salud reportaron que⁸³:

- No tenían dinero (35.18% para 2010, aun cuando supuestamente se cubren todas las intervenciones en el CAUSES).
- Hay que esperar mucho para ser atendido (20.8% para 2010).
- No se proporciona el medicamento que se necesita (15.92% para 2010).
- Que lo tratan mal (con un aumento importante, del 4% en 2008 a más del 11% en 2010).

De esta manera, el CONEVAL reporta números distintos a los presentados por la CNPSS, poniendo en un 80% el número de personas que dicen estar satisfechas o muy satisfechas con el SP. De este porcentaje, es de resaltar que sólo el 6.17% mencionó que el hecho de que el servicio fuera barato era el factor más importante para opinar positivamente sobre el SP, mientras que un 63.3% consideró que lo atendieron bien y que ese era el principal punto a tener en cuenta (números, otra vez, muy distintos a los presentados por la CNPSS, que pone a la gratuidad de los servicios como el factor más importante, con un 30% de los encuestados mencionándolo).

⁸¹ *Ibíd.*, p. 25.

⁸² *Ibíd.*, p. 28.

⁸³ *Ibíd.*, p. 33.

Otro órgano de gobierno que realizó un estudio sobre el SP fue la Auditoría Superior de la Federación⁸⁴. En 2011, reportó que el SP había logrado reducir la proporción del “gasto de bolsillo” en salud de un 52% del total del gasto en salud a un 46.5 % (de todas formas, muy por encima del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE-, que fue del 19%). La ASF, tomando como válidos los números de la CNPSS, asegura que 52 millones de personas se encuentran ya afiliadas, y que esto hace que el número de personas sin seguridad social sea de más de 8,100,000 personas. A las 52 millones de personas habría que restarle casi 6 millones de personas, pues se encontró que éstas contaban ya con otra forma de seguridad social aparte del SP⁸⁵.

La ASF también reporta que, con la ampliación de las intervenciones presentes en el CAUSES, se cubre el 100% de los padecimientos tratados en el primer nivel de atención médica. Las 324 enfermedades cubiertas tanto por el CAUSES como por el FPGC representan el 2.3% de los 14,176 enfermedades enlistadas en el CIE-10. La auditoría que la ASF realizó en el 2012 al SP se encontró con una falta importante de datos, por lo que la ASF no pudo determinar los avances del SP en varios ámbitos, como la reducción del “gasto de bolsillo” como proporción del gasto total en salud, la transferencia del dinero federal a las entidades federativas en tiempo y forma, y otros⁸⁶. En esta auditoría, se reportó que el número de personas no afiliadas a ningún tipo de programa de seguridad social se había reducido a poco más de 7,000,000 de personas.

El Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) realizó extensos estudios sobre el SP como parte de un acuerdo con la Secretaría de Salud. En primer lugar, es de resaltar que el Seguro Popular no interfirió con el mercado laboral; y no aumentó sustancialmente los incentivos para trabajar en el mercado informal⁸⁷. En otro estudio, se

⁸⁴ Auditoría Superior de la Federación, *Informe del resultado de la fiscalización superior de la cuenta pública 2011: Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, [en línea], México, 2011. Dirección URL: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Desarrollo_Social/2011_0426_a.pdf [Consulta: 25 de marzo de 2014].

⁸⁵ *Ibíd.*, p. 8.

⁸⁶ Auditoría Superior de la Federación, *Informe del resultado de la fiscalización superior de la cuenta pública 2012: Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, [en línea] México, 2012. Dirección URL: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2012i/Documentos/Auditorias/2012_0268_a.pdf [Consulta: 26 de marzo de 2014].

⁸⁷ Ioana Marinescu y Oliver Azuara, *La informalidad del empleo y la expansión de los sistemas de protección social. El caso de México*, [en línea], México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2010.

concluyó que los afiliados de entre 20 y 60 años del Seguro Popular acudían al médico 8% más que los no afiliados con las mismas características socioeconómicas⁸⁸. Sin embargo, se perciben grandes diferencias entre el plano urbano (en donde el aumento de las visitas al médico entre los afiliados de 20 a 60 años fue de un 30%) y el rural (con un aumento del 4% solamente). Se concluyó también que los afiliados al SP tenían menos probabilidades de sufrir cáncer, pie plano y diversas enfermedades crónicas, y que tenían más posibilidades de sentirse sanos en comparación con otras personas de su misma edad y nivel socioeconómico. En cuanto al gasto en salud, el CIDE reportó que, a nivel nacional, el gasto total del hogar en salud (en aquellos hogares afiliados al SP) descendió un 56%.

Otro estudio, reconociendo los avances del SP, hizo hincapié en que existen grandes diferencias entre cómo los Estados utilizan el dinero que les da el gobierno federal. Hay que recordar que el SP se financia, principalmente, con recursos públicos fiscales, pero que el accionar depende de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS). Es decir, el papel del gobierno central es vigilar y recomendar a los Estados para lograr un uso óptimo de estos recursos⁸⁹. Un dato que sustenta esto es un análisis costo-efectividad del Seguro Popular, también realizado por el CIDE. En este estudio se tomó como factor cuántos pesos gastó cada entidad por cada peso ahorrado del “gasto de bolsillo” de las familias mexicanas. Se pueden observar grandes diferencias entre Durango, que gastó entre 2.6 y 3.8 pesos por cada peso de “gasto de bolsillo” ahorrado, y Chiapas, que gastó entre 11 y 16 pesos por cada peso ahorrado de “gasto de bolsillo”⁹⁰. Esto, aparte de mostrar la ineficiencia de algunos Estados, también muestra las diferencias socioeconómicas que existen entre estas entidades federativas; como Chiapas cuenta con el PIB per cápita más

Dirección URL: http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201002_informalidad.pdf

[Consulta: 26 de marzo de 2014].

⁸⁸ Graciela Teruel, *et al.*, *Estudio sobre los efectos del Seguro Popular en la utilización de servicios médicos y en la salud de los afiliados*, [en línea] México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2012, p. 4.

Dirección URL: http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201201_efectos.pdf [Consulta: 26 de marzo de 2014].

⁸⁹ Jeffrey Grogger y Alejandro Ome, *Análisis de la heterogeneidad de la protección financiera del Seguro Popular a nivel estatal*, [en línea], México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2012, p. 26.

Dirección URL: http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201201_heterogeneidad.pdf [Consulta: 26 de marzo de 2014].

⁹⁰ Alfonso Miranda (coord.), *Evaluación costo-efectividad del programa U005 Seguro Popular*, [en línea], México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2012, p. 48. Dirección URL:

http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/CE12_SPSS_IF.pdf [Consulta: 26 de marzo de 2014].

bajo del país, es lógico pensar que allí el gobierno tiene que gastar más dinero en el ámbito de salud puesto que su población puede gastar menos recursos.

Conclusiones: ¿Cuáles son las perspectivas respecto a la salud en México?

El mundo es, innegablemente, un lugar muy distinto al que fuera en la década de los 70. La década de los 80 trajo consigo crisis económicas estructurales que derivaron en un cambio de paradigma económico, con las ideas ahora conocidas como neoliberales tomando el lugar de hegemónicas. Sin embargo, en muchos aspectos, este nuevo paradigma económico no pudo resolver viejos problemas, así como tampoco pudo prever nuevos inconvenientes.

La cultura laboral ha cambiado y, en muchos casos, se diría que para peor. Hoy en día, la inestabilidad laboral junto con formas engañosas de trabajo (los ya mencionados “becarios”, las fuentes de tercerización o *outsourcing* y el empleo informal al que muchas familias se ven arrastradas) muestran que los problemas no se iban a resolver mágicamente con la implantación de algunas ideas neoliberales. Este cambio en la cultura laboral afecta directamente a la cuestión de la seguridad social, que durante la primera mitad del siglo XX estuvo ligada a la pertenencia a un trabajo estable, con relaciones obrero-patronales bien definidas. Todo esto llevó a pensar en nuevos esquemas de salud que estuvieran alejados de las relaciones laborales y que proporcionaran al grueso de la población que no se encuentra asegurada un mínimo nivel en cuanto a salud pública.

En México, este paso se dio con la idea de la protección social en salud, reflejada en el Seguro Popular. Este programa, iniciado con Fox, ha logrado un buen índice de aceptación y ha generado curiosidad en el extranjero. El Seguro Popular tiene metas enormes, buscando ser el elemento que faltaba a México para lograr una Cobertura Universal en Salud sin distinciones para el 2030. Si en cuanto al tema de la afiliación el Seguro Popular ha alcanzado grandes resultados, ahora falta que los afiliados puedan contar con acceso a servicios de calidad. Puesto que el Seguro Popular está pensado para la gente más desprotegida del país, es evidente que mejorar el Seguro Popular es también reducir la brecha de desigualdad entre pobres y ricos. En lo referente a la distribución de los recursos, se ve un fuerte esfuerzo en el FPP para desarrollar infraestructura hospitalaria fuera de las zonas más privilegiadas del país, mientras que el FPGC, aún con su marcada centralidad, es una herramienta importante para evitar el empobrecimiento de las familias por causa de gastos catastróficos en salud. Pueden verse avances, además, en lo referente a la salud de los bebés y niños y la lucha contra el cáncer de mama.

Debido al marco legal, el documento conocido como CAUSES ha ido aumentando las intervenciones que cubre de forma gratuita. Hoy en día, el Seguro Popular cubre 324 enfermedades, que representan el 2.3% de los 14,176 enfermedades enlistadas en el CIE-10. El aumento en las enfermedades cubiertas ha llegado ya a los trastornos mentales, tema a tratar en el siguiente capítulo.

El marco legal en lo referente a la salud mental es algo confuso. Por un lado, las definiciones de la salud mental están dadas en torno a que la persona pueda desenvolverse de forma “normal” dentro de su entorno social y familiar. Esto no se diferencia demasiado con lo que Andrés Ríos Molina percibió en su estudio sobre “La Castañeda”, cuando apuntó que muchas de las personas consideradas como locas simplemente habían tenido conductas que, para ese momento histórico, eran consideradas fuera de la regla. En este concepto de salud mental, poco espacio existe para la subjetividad y para el sujeto; tal parece que uno está “sano mentalmente” mientras pueda cumplir con ciertas funciones que, más que individuales, son sociales, como la “convivencia, el trabajo y la recreación”. Por otra parte, ¿cómo determinar qué es el “buen funcionamiento” de un ser humano? Los organismos de salud, no sólo en México sino en todo el mundo, han entendido por “enfermos mentales” a un grupo muy particular de pacientes, en los cuales estos trastornos en el “buen funcionamiento” parecen más que obvios: el esquizofrénico, la bulímica, la persona con personalidad múltiple, el autista, etc. Esto incluye a estos “enfermos” dentro del accionar de la psiquiatría, tema que recuerda a algunos puntos del capítulo 1.

También se infiere que lo psicológico y la salud mental pertenecen a dos campos distintos aunque no necesariamente sin relación. La parte de la salud mental se refiere al tratamiento con psicofármacos mientras que el plano de lo psicológico aparece estrechamente ligado a grupos bien definidos, como las madres en el período que dan a luz, los adolescentes, los adultos mayores, etc. La parte confusa viene cuando se comparan los marcos normativos con las cartas que firman los países en los congresos internacionales, en donde se destaca el carácter multidisciplinario de la salud y se realza la importancia de la responsabilidad del paciente y la comunidad en ésta.

En este capítulo se buscó, como primer punto, hacer una revisión rápida de las ideas de salud en México. El gran cambio se dio con la aparición de los primeros organismos de seguridad social, que fueron las primeras herramientas para dar a millones de mexicanos

servicios de salud. Sin embargo, el mundo cambió drásticamente durante la década de los 80 y, mediante un cambio constitucional, en 1983 se reconoció el derecho de todos los mexicanos a la protección de su salud.

A pesar de estos cambios jurídicos, no fue hasta la presidencia de Vicente Fox cuando se planteó una herramienta de salud alejada del esquema obrero-patronal: el Seguro Popular. Hasta la fecha, el Seguro Popular ha logrado afiliarse a más de 52 millones de personas, y ha logrado avances importantes en muchas áreas. Sin embargo, el énfasis en la descentralización y el aumento de la cantidad y calidad de los servicios médicos son todavía dos tareas pendientes.

De esta manera, puede asegurarse que el Seguro Popular es una herramienta adecuada para extender el derecho a la protección de la salud a los lugares más marginados de México. Pero, si recordamos que las enfermedades físicas y los trastornos mentales son muy diferentes entre sí, habrá que estudiar cómo es que el Seguro Popular se ocupa de estos últimos para evaluar su desempeño en este apartado.

Capítulo 3: Políticas públicas enfocadas en la salud mental: el caso del Seguro Popular (2010-2012) y experiencias internacionales

Trastornos mentales cubiertos por el Seguro Popular

Dentro de la salud mental, el Seguro Popular cubre las siguientes intervenciones:

1. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.

Por “trastornos de la conducta alimenticia”, se entiende una variedad de trastornos en donde el común es el comportamiento alimentario anormal. El Seguro Popular considera que estos trastornos son graves problemas de salud mental, que pueden poner en peligro la vida del paciente. Es importante destacar que esta “detección precoz” está enfocada en los adolescentes de 10 a 19 años.

El método para determinar si un adolescente corre el riesgo de padecer de un trastorno de la conducta alimenticia aparentemente toma en cuenta los factores psicológicos del paciente (en donde se muestran actitudes como “preocupación por el peso, distorsión de la autoimagen” o vigorexia) pero, al final de cuentas, el resultado final es dado por un cuestionario que aplica un personal del hospital. Si en el “cuestionario” (nombrado oficialmente como “Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo”) el adolescente saca un puntaje mayor a 10, entonces deberá remitírsele a otros centros de atención o de salud mental mientras que, si saca menos de 10, de todas formas se debe registrar el peso y talla del adolescente para dar seguimiento posterior. Esto hace recordar a las críticas de Braunstein presentadas en el primer capítulo: los tests en los que ya ni siquiera el psiquiatra es necesitado son considerados hoy en día como centrales a la hora de diagnosticar.

Puesto que el Seguro Popular se enfoca en el primer nivel de atención y en éste no puede realizarse el diagnóstico diferencial para bulimia, anorexia o demás trastornos de la

conducta alimenticia, es que el Seguro popular “detecta” riesgos en la conducta alimenticia.

El documento CAUSES plantea la posibilidad de hasta seis sesiones para “consejería”, sin especificar exactamente qué significa ese término (quién da la “consejería”, durante qué lapso de tiempo debe realizarse, en dónde se realiza, etc.). Como la intervención tiene como resultado final la detección (o no) de riesgos, no se utilizan medicamentos.

2. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad.

El CAUSES, olvidándose de la regla básica de no usar el nombre de lo que se busca definir en la definición misma, nombra al “déficit en la atención e hiperactividad” como características esenciales para diagnosticar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Se reconoce que su aparición se da en la infancia y que, en muchos de los afectados, las dificultades asociadas a la falta de concentración terminan por mejorar de forma gradual.

Los niños diagnosticados con este trastorno tienden a tener retrasos en el desarrollo motor, cognoscitivo y del lenguaje. Como consecuencias secundarias, se encuentran los comportamientos antisociales y baja autoestima.

Como ya se ha resaltado, los trastornos mentales son muy difíciles de especificar. Es por esto que en el momento de diagnosticar a un niño con trastorno de déficit de atención y/o hiperactividad el médico también debe revisar si se presentan cuadros depresivos, de autismo, trastornos de estrés, e incluso enfermedades eminentemente biológicas como la epilepsia.

La intervención cubre la atención por el médico de primer contacto y su referencia con el médico especialista para su diagnóstico e implementación del tratamiento.

Aparte de la realización de diversos tests para determinar el diagnóstico del paciente, también el CAUSES especifica que se pueden ordenar pruebas neuropsicológicas para orientar las intervenciones psicológicas. El tratamiento debe ser multidisciplinario, aunque parece que el aspecto psicológico se reduce a manejo conductual y a la

“psicoeducación” de las personas alrededor del diagnosticado. Se consideran 6 revisiones al año, en donde se debe revisar como punto importante si el paciente está sufriendo de efectos secundarios por las medicinas prescritas. Se considera factible que los pacientes diagnosticados sean internados de 1 a 2 veces al año debido a problemas derivados del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Se nombra al apoyo comunitario y a las ONG como jugadores importantes en los ámbitos familiar, escolar y social.

Las medicinas prescritas para los pacientes diagnosticados son dos: atomoxetina y metilfenidato.

3. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos generalizados del desarrollo (autismo).

De acuerdo con el CAUSES, el autismo es considerado un síndrome que provoca alteraciones en tres áreas:

- 1) conocimiento social;
- 2) comunicación verbal y no verbal y
- 3) los estilos de imaginación y pensamiento.

Las personas autistas tienen problemas de comunicación y sus intereses y actividades se encuentran muy focalizadas, tendientes a la repetición. Uno de los primeros síntomas de que un niño es autista puede observarse cuando desde pequeños comienzan a apilar latas u otros objetos similares, y evitan el contacto visual directo. El número de niños diagnosticados con autismo ha crecido de una forma muy importante en los últimos años. En los Estados Unidos, 11 de cada 1,000 bebés eran diagnosticados con autismo en el 2008; para el 2012, ya eran 20, un incremento de más del 80% en un par de años. Sin embargo, todavía no está claro si esto significa que el trastorno se haya diseminado, que se le presta más atención al tema o que, simplemente, se le diagnostica más. Aunque supuestamente haya cada vez más evidencia que sugiere factores biológicos y genéticos para la aparición

del autismo, los datos se han encontrado como muy complejos, y las fronteras entre el autismo y el trastorno por déficit de atención no están todavía delimitadas¹.

El CAUSES recomienda que el diagnóstico se haga cuanto antes para poder actuar sobre las cuestiones de retraso mental y de lenguaje. Sin embargo, aclara que el tratamiento cubre sólo los casos de autismo típicos, aunque en el documento también se hace mención a trastornos generalizados del desarrollo, en general.

Para el diagnóstico, al muchas veces existir dificultades para comunicarse con el paciente, se utilizan instrumentos como los tests y demás cálculos cuantitativos. Al igual que en el déficit de atención, el Seguro Popular asegura que el tratamiento debe ser “integral y multidisciplinario”, usando tanto medicamentos como “tratamientos psicosociales” (que se reducen, otra vez, a una visión conductual-cognitiva, o a la educación de los familiares para la atención del paciente)

La intervención incluye, como mínimo, de una a tres consultas diagnósticas con un espacio de dos semanas entre cada una; dos consultas de control con un espacio de dos meses entre ellas; y, después, dos consultas con un intervalo de tres meses. Lo interesante viene después: a partir de la segunda consulta se realiza el “control farmacológico”, lo que implica que se analizan los efectos que los medicamentos podrían haber causado en el paciente (lo que, evidentemente, muestra que ya desde la primera consulta el paciente recibe medicamentos porque, si no, ¿qué “control farmacológico” se haría?); y en la tercera se define el “tratamiento psicosocial”. Es decir, la parte psicológica (de por sí acotada dentro del CAUSES) comienza una vez que al paciente ya le administraron medicamentos, lo que demuestra que hay una tendencia a considerar como primigenio un tratamiento con medicamentos antes que cualquier otra cosa.

¹ Craig Newschaffer, *et.al.*, “The epidemiology of autism spectrum disorders”, [en línea], *Annual review of public health*, Estados Unidos, Johns Hopkins University, 2007, p. 21.6. Dirección URL: <http://idea.library.drexel.edu/bitstream/1860/2632/1/2006175339.pdf> [Consulta: 27 de marzo de 2014]. Ver también una investigación de la Universidad en Zagreb, Croacia, que afirma haber inventado un robot que puede diagnosticar a niños con autismo. Por supuesto, los investigadores afirman que el robot es una herramienta que ayuda más que reemplaza a los médicos, pero la pregunta aún queda: ¿será que después de los autotests, que ya hicieron que hasta el médico especializado sea prescindible a la hora del diagnóstico, vendrán los robots, para hacer que el contacto humano entre el médico y el paciente a la hora del diagnóstico se reduzca a prácticamente cero más allá de analizar datos estadísticos dados por la misma máquina? Ver “Robot Rene spots autism faster”, [en línea], *Euronews*, 22 de enero de 2014. Dirección URL: <http://www.euronews.com/2014/01/22/robot-rene-spots-autism-faster/> [Consulta: 1 de abril de 2014].

La intervención también cubre de uno a dos gastos hospitalarios por año, con una duración promedio de cinco días cada una, por complicaciones derivadas de este trastorno. Los medicamentos que se administran a los pacientes diagnosticados con trastornos del desarrollo son: carbamazepina, valproato de magnesio, clonazepam, risperidona, haloperidol, sertralina, fluoxetina, lorazepam y biperideno.

4. Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos.

El CAUSES define a los trastornos afectivos como “enfermedades del humor, persistentes y fluctuantes en intensidad a lo largo de la vida, que suelen producir disfunción importante en varias áreas de las actividades cotidianas”. En primer lugar, no hay una definición para lo que se entiende por “humor”, pero se habla de “enfermedades” del humor, tal vez sin tener en cuenta que la idea misma de enfermedad es errónea para el tratamiento de los trastornos mentales; el humor no es, al menos hasta ahora, un órgano. Estas “enfermedades” parecen ser crónicas (si fluctúan en intensidad “a lo largo de la vida”, ¿a lo que se apunta es sólo a una remisión parcial y temporal de los síntomas?) afectando el día a día del paciente. El énfasis se encuentra en combatir estos trastornos (“enfermedades del humor”) en grupos vulnerables y en riesgo, como adolescentes, niños y adultos mayores. Se incluyen en esta clasificación la depresión, la distimia, la ciclotimia, el trastorno hipomaníaco y la bipolaridad.

Se define a la depresión como un trastorno caracterizado por ánimo depresivo (sic), baja autoestima, alteraciones del sueño, pérdida de interés y de concentración, y astenia. La depresión puede llegar a ser crónica y discapacitar al paciente en sus actividades diarias.

La distimia es una depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente. Se diferencia de la depresión, entonces, en que sus síntomas son más moderados pero que suelen durar por mucho más tiempo. Los síntomas de la distimia no impiden que las personas que la padecen puedan desarrollar sus actividades cotidianas. La distimia suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Puede ser también aparecer como consecuencia de un episodio

traumático, depresivo o estresante. Los pacientes reportan que suelen tener períodos de algunos días en los que se encuentran bien, pero luego suelen caer en fases de hasta meses en las que se sienten cansados y deprimidos.

La ciclotimia es una forma más moderada del trastorno bipolar. El paciente presenta episodios depresivos e hipomaniacos durante al menos dos años, pero no cumple todos los requisitos para ser catalogado como depresivo o hipomaniaco. La ciclotimia tampoco afecta de forma sustancial y durante un tiempo prolongado las actividades principales de las personas que la padecen.

En el estado hipomaniaco, el estado de ánimo es claramente diferente del habitual y la persona sufre de irritación e hiperactividad. Las personas en el estado hipomaniaco se distraen fácilmente, pueden ver su ciclo de sueño alterado, sufren de agitación psicomotora y se vuelcan a actividades placenteras de forma exagerada.

En el trastorno bipolar, el paciente sufre de alteraciones profundas de su estado de ánimo y niveles de actividad. La alteración se presenta a veces como una exaltación y, en otras, como una disminución del estado de ánimo. En el trastorno bipolar, a diferencia de otros trastornos del humor, la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma.

Los trastornos del humor sin tratar tienden a hacerse crónicos a medida que el paciente envejece. Como con los otros trastornos revisados, se utilizan diversas herramientas diagnósticas, como el autotest de depresión de Beck y la escala autoaplicada de Zung. Cuando el paciente es diagnosticado con algún trastorno del humor, existen otras herramientas para determinar la severidad del trastorno. Estas herramientas diagnósticas están orientadas para ayudar al médico de primer nivel, principalmente, y para que pueda derivar a un psiquiatra. Otros criterios que el médico de primer nivel debe tomar en cuenta, aparte de los resultados de los tests, son:

- Si un paciente diagnosticado con depresión no presenta mejoría después de 6 semanas de tratamiento.
- Síntomas psicóticos y riesgo de suicidio.

- Uso anterior de antidepresivos.
- Uso de antidepresivos que, incluso por encima de la dosis terapéutica, no genera resultados positivos en el paciente.
- Si el paciente pertenece a uno de los grupos vulnerables identificados.
- Comorbilidad: si el paciente sufre también de trastornos de ansiedad, adicciones, etc.

El tratamiento de los trastornos afectivos es multidisciplinario, cuyo fin debe ser mejorar el estado de ánimo, reducir la morbilidad y mortalidad y, en general, aumentar la calidad de vida de los pacientes. Otro de los fines especificado por el CAUSES es el de “minimizar los efectos adversos del tratamiento”; puesto que el “tratamiento” es generalmente con psicofármacos, al menos se reconoce que estos medicamentos pueden tener efectos (algunos de ellos muy graves) para la salud de los pacientes que supuestamente se busca mejorar. El tratamiento con psicofármacos es la base en el caso del trastorno bipolar, y se agregan las cuestiones “psicosociales” en segundo término.

El Seguro Popular cubre de una a dos hospitalizaciones por año de 15 días, en promedio, cada una. Aparte de la severidad de los síntomas, la hospitalización puede ser necesaria si se detecta un riesgo real de que el paciente pueda hacerle daño a otras personas o a sí mismo. Los medicamentos administrados a los pacientes con trastornos afectivos son: valproato de magnesio, valproato semisódico, clonazepam, alprazolam, haloperidol, olanzapina, citalopram, imipramina, sertralina, fluoxetina, venlafaxina, amitriptilina, litio, quetiapina y biperideno.

5. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad.

Resalta, como en el caso de las “enfermedades” del humor, que en este punto el CAUSES también hable de la ansiedad como “enfermedad”. Se considera como tal cuando la persona tiene una preocupación excesiva, que está fuera de proporción o no corresponde al evento vivido, pero que no llega a la fobia. La mayoría de las personas diagnosticadas con un trastorno de ansiedad refieren que esto es algo que los ha acompañado por un largo tiempo

de sus vidas, aunque la intensidad con la que la ansiedad se presenta es diferente. Se considera que la ansiedad alcanza niveles preocupantes cuando genera disfunción en algún ámbito de la vida de una persona, siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

El trastorno de ansiedad generalizada es el más diagnosticado dentro de esta clasificación. Los pacientes deben tener algunos de los síntomas de este trastorno varios días durante varias semanas para un correcto diagnóstico. Los síntomas pueden ser fatiga, intranquilidad, irritabilidad, problemas de concentración, tensión muscular y taquicardia temporal. Un paciente es diagnosticado con trastorno de pánico cuando sufre ataques de ansiedad graves a lo largo de un mes en circunstancias en las que no existe un peligro claro. El trastorno por ansiedad puede aparecer junto con un estado depresivo, en donde los dos tienen una fuerza relativamente equiparable y no se puede hacer un diagnóstico por separado.

Dentro de los trastornos de ansiedad se encuentra el trastorno de estrés postraumático como uno de los trastornos de adaptación más graves. De acuerdo con el CAUSES, la prevalencia de este trastorno va en aumento. Los trastornos adaptativos se refieren a cambios personales o físicos sin que necesariamente alcancen un nivel tan fuerte como en el caso del trastorno por estrés postraumático; sin embargo, pueden de igual manera afectar la vida diaria de la persona diagnosticada.

Para su diagnóstico, se utilizan cuestionarios y escalas estandarizadas, que permiten al médico de primer nivel realizar un diagnóstico psiquiátrico. Los trastornos de ansiedad comúnmente tienen comorbilidad con trastornos depresivos o abuso de sustancias, por lo que estos factores también deben ser tomados en cuenta. Otros cuestionarios pueden utilizarse para determinar la gravedad del trastorno, de encontrarse uno. Para el caso de niños y adolescentes, se utiliza el autorreporte de ansiedad “AANA”.

La intervención del Seguro Popular, en el primer de atención, cubre la ansiedad generalizada, trastorno de pánico, mixtos de ansiedad y depresión, trastornos de estrés postraumático y trastornos adaptativos en tratamiento ambulatorio.

El tratamiento de los trastornos de ansiedad debe ser multidisciplinario de acuerdo con el CAUSES, lo que involucra tanto el tratamiento con psicofármacos como el

psicoterapéutico, aunque sólo se menciona la corriente cognitiva dentro de esta rama. Se cubren también dos hospitalizaciones por año con un promedio de 10 días de internación. Los medicamentos que se recetan para estos trastornos son: clonazepam, alprazolam, imipramina, sertralina, fluoxetina, venlafaxina, amitriptilina, propranolol, lorazepam y paroxetina.

6. Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos (esquizofrenia, ideas delirantes, psicóticos y esquizotípico).

Los trastornos psicóticos tienen, como característica principal, la psicosis. Esta puede ser definida como una pérdida del juicio de realidad, aparición de ideas delirantes, alucinaciones, y desorganización del lenguaje y del comportamiento. Dentro de los llamados trastornos psicóticos, sin embargo, hay muchas subcategorías.

La esquizofrenia es el trastorno más frecuente de los trastornos psicóticos, y de ésta, el subtipo paranoide es el más frecuente. Este trastorno se detecta en la adolescencia o en la juventud, aunque existen casos en los que la esquizofrenia se detecta en personas adultas y en la senectud. Los síntomas como apatía, dificultades en la atención o cansancio constante limitan la posibilidad de la persona de vivir una vida plena.

La intervención cubre la atención mensual del paciente por el médico de primer contacto, con posibilidad de derivar a especialistas si fuere necesario. El CAUSES considera que el tratamiento debe ser “integral y multidisciplinario”, mediante psicofármacos y los tratamientos psicosociales destinados a un manejo del trastorno y a una reducción de los síntomas psicóticos.

Se consideran hasta dos hospitalizaciones (en un hospital general o en un psiquiátrico) al año, por un período de 20 días. El diagnóstico debe ser realizado por profesionales, entre los que se nombran a médicos generales con “entrenamiento en los test de evaluación neuropsicológica”, psiquiatras, neurólogos y psicólogos expertos en trastornos psicóticos. Como en el caso del autismo, el tratamiento con psicofármacos es anterior a la aparición del tratamiento psicológico/psicosocial (las consejerías para este caso

son, en promedio, solamente seis: tres para el paciente y tres para los familiares cercanos). Los medicamentos utilizados para las personas diagnosticadas con trastornos psicóticos son: clonazepam, risperidona, haloperidol, olanzapina, biperideno, perfenazina, quetiapina, levomepromazina, clozapina, aripiprazol y trifluoperazina.

Tratamientos para los trastornos mentales cubiertos por el Seguro Popular

Cuadro 3: medicamentos utilizados en el Seguro Popular para trastornos mentales.

Medicamentos	Déficit de atención	Autismo	Trastornos afectivos	Trastornos de ansiedad	Psicosis	Otras
Atomoxetina	X					
Metilfenidato	X					
Carbamazepina		X				X
Valproato de magnesio		X	X			X
Clonazepam		X	X	X	X	X
Risperidona		X			X	X
Haloperidol		X	X		X	X
Sertralina		X	X	X		
Fluoxetina		X	X	X		
Lorazepam		X		X		X
Biperideno		X	X		X	X
Valproato semisódico			X			
Alprazolam			X	X		X
Olanzapina			X		X	X
Citalopram			X			
Imipramina			X	X		X
Venlafaxina			X	X		
Amitriptilina			X	X		X
Litio			X			
Quetiapina			X		X	
Propranolol				X		X
Paroxetina				X		
Perfenazina					X	
Levomepromazina					X	
Clozapina					X	
Aripiprazol					X	X
Trifluoperazina					X	

Fuente: Elaboración propia con información presente en el CAUSES 2012.

La tabla muestra una lista de todos los medicamentos utilizados en el tratamiento de trastornos mentales, y para qué trastornos se utilizan. Como se puede observar, muchos medicamentos se utilizan para más de un trastorno, lo cual es lógico si se piensa que la comorbilidad entre estos es relativamente alta (por ejemplo, un cuadro depresivo unido a un problema de ansiedad). En la última columna, se puede observar que algunos medicamentos se utilizan para otros tratamientos, principalmente para tratar sobredosis o síndromes de abstinencia de varias drogas, o para la epilepsia.

A lo largo de las descripciones en el CAUSES, se nombra la necesidad de que los tratamientos para los trastornos mentales no se reduzcan a una esfera del conocimiento, teniendo tanto los medicamentos como el tratamiento psicológico una parte importante.

Sin embargo, en uno de los pocos estudios que revisan al Seguro Popular y la salud mental, la psiquiatra María Elena Medina-Mora (Directora del Instituto Nacional de Psiquiatría) denuncia que el tratamiento cubierto por este Seguro resulta insuficiente para los pacientes con esquizofrenia. Si bien alaba la inclusión de ciertos medicamentos antipsicóticos en la oferta de medicamentos del Seguro Popular, Medina-Mora señala que “la esquizofrenia requiere, además del tratamiento farmacológico, un seguimiento proactivo del caso a largo plazo para lograr el mejor control de los síntomas y una rehabilitación exitosa del paciente”². El tratamiento de los trastornos mentales en México aún se centra mucho en los hospitales psiquiátricos; del 2% que la Secretaría de Salud destina de su presupuesto total a la salud mental, el 80% es para mantener los hospitales psiquiátricos³.

El documento de Medina-Mora y del equipo del Instituto Nacional de Psiquiatría resulta interesante porque busca un acercamiento cuantitativo a la efectividad de los tratamientos para los diagnosticados con esquizofrenia. Para esto, proponen seis modelos:

- Antipsicóticos tradicionales típicos (haloperidol).

² María Elena Medina-Mora Icaza, *et.al.*, “Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México”, [en línea], *Salud Mental*, vol. 33, n°3, México, 2010. Dirección URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000300001 [Consulta: 2 de abril de 2014].

³ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre el sistema de salud mental en México*, México, OMS, 2011, p. 13.

- Antipsicóticos nuevos atípicos (risperidona).
- Antipsicóticos tradicionales + tratamiento psicosocial.
- Antipsicóticos nuevos + tratamiento psicosocial.
- Antipsicóticos tradicionales + tratamiento psicosocial + manejo de caso.
- Antipsicóticos nuevos + tratamiento psicosocial + manejo de caso.

El documento encontró que la situación actual (medicamentos antipsicóticos típicos junto con una hospitalización excesiva) es la más barata de todas, pero que también es la menos efectiva (considerando “efectividad” como el costo monetario de cada Año de Vida Saludable perdido a causa de la enfermedad-“AVISA” evitado). El modelo que resultó más efectivo fue el número 5: con un aumento del gasto total de un 10%, se podría lograr una cobertura del 80% de los pacientes (actualmente se calcula en un 50%), a la vez que la cantidad de AVISA evitados crece más de cuatro veces, haciendo que cada AVISA cueste a los sistemas de salud sólo un 30% de lo que cuesta actualmente⁴. Dos puntos a destacar: el estudio no incluyó un modelo que no incluyera medicamentos; y resulta interesante que los medicamentos tradicionales fueran más eficientes que los atípicos⁵. El documento también señala que México se encuentra frente a un problema en cuanto a los psiquiatras, puesto que la mayoría de ellos prefiere trabajar en las grandes ciudades, en donde además se encuentran los grandes hospitales psiquiátricos. El papel del médico en el primer nivel de

⁴ Ídem.

⁵ Los antipsicóticos típicos fueron desarrollados en la década de los 50, y entre los más conocidos se encuentran el haloperidol, la levomepromazina y la trifluoperazina; los atípicos surgieron en la década de los 80, siendo algunos de los más conocidos la olanzapina, la quetiapina, el risperidol y la controversial clozapina. Aunque los antipsicóticos típicos y atípicos tienen el mismo fin (bloquear algunos receptores de dopamina), se diferencian en los efectos adversos. Los típicos fueron producto de una gran campaña de desprestigio, en el que se mostraron sus fuertes efectos secundarios en el sistema extrapiramidal del cerebro (provocando problemas en el movimiento y en los músculos del cuerpo); los antipsicóticos atípicos prometían mantener los supuestos efectos positivos de los medicamentos típicos sin los efectos secundarios. Efectivamente, la nueva generación de psicofármacos provoca daños mucho menores al sistema extrapiramidal en general, pero daños graves a este sistema provocados por los antipsicóticos atípicos pueden causar discinesia tardía (que provoca movimientos involuntarios e incontrolables en todo el cuerpo, a menudo irreparables). La ingesta de antipsicóticos atípicos se relaciona con la aparición del síndrome neuroléptico maligno (una enfermedad que prácticamente no se conocía hasta antes de la puesta en venta de los antipsicóticos atípicos), y con el aumento en el riesgo de padecer ataques cardíacos y daños en las venas y arterias. Además, aún no está demostrado que sean más efectivos que los antipsicóticos típicos, ni en los resultados que genera y, mucho menos, en los costos que ocasiona. Ver, por ejemplo, *Effective Health Care*, [en línea], 2012. Dirección URL: http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/repFiles/Atypical_Antipsychotics_Off_Label_Use.pdf [Consulta: 3 de abril de 2014].

atención puede ser entonces importante, pero no ya como aplicador de tests para dar un diagnóstico pobre o como dispensador de medicamentos caros y con serios efectos secundarios, sino como aquél que puede estar más cerca de la comunidad para lograr la reintegración del paciente.

Dentro del mismo proyecto, el equipo de Medina-Mora estudió los tratamientos contra la depresión de acuerdo con la relación costo-eficiencia. En el caso de la depresión, se presentaron siete modelos⁶:

- Antidepresivos tricíclicos.
- Antidepresivos nuevos (ISRS).
- Psicoterapia breve.
- Antidepresivos tricíclicos + psicoterapia breve.
- Antidepresivos nuevos + psicoterapia breve.
- Antidepresivos tricíclicos + psicoterapia breve + manejo proactivo de caso⁷.
- Antidepresivos nuevos + psicoterapia breve + manejo proactivo de caso.

El estudio encontró que la combinación de antidepresivos tricíclicos + psicoterapia breve + manejo proactivo del caso fue la más costo-eficiente. En este estudio sí se incluyó una opción sin medicamentos (“psicoterapia breve”), que resultó la segunda menos costo-eficiente económicamente. Por un lado, es importante destacar que tanto el estudio de la esquizofrenia como el de la depresión ven que los medicamentos, por sí solos, no son la opción más eficiente, necesitando sólo un poco de dinero más para poder ofrecer a los pacientes una solución integral. En el caso de la depresión, en el que se consideró una

⁶ María Elena Medina-Mora Icaza, *et.al.*, “Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México”, [en línea], *Salud Mental*, vol.33, n°4, México, 2010. Dirección URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400001 [Consulta: 3 de abril de 2014].

⁷ La proactividad se refiere al actuar de manera anticipada frente a las problemáticas que se puedan presentar; es decir, está relacionada con la prevención y el entendimiento de cada situación en concreto. El manejo proactivo de caso, entonces, podría tener como objetivo sensibilizar a la persona con trastornos mentales respecto a su entorno y a sí mismo.

opción “puramente psicológica” tomando a la psicoterapia breve, la relación costo-efectividad no fue muy buena⁸.

Sin embargo, es importante resaltar una característica del Seguro Popular que la diferencia de los seguros como el IMSS o el ISSSTE: como se mencionó en el capítulo anterior, los dos institutos de seguridad social cubren el 100% de las enfermedades presentes en el CIE-10. El Seguro Popular cubre solamente las intervenciones que están presente en el CAUSES, en donde se encuentran menos del 3% de las enfermedades enlistadas en el CIE-10. En el CAUSES no se encuentran ni el tratamiento de problemas del sistema extrapiramidal o la discinecia tardía, dos de los efectos secundarios más comunes y también más peligrosos producto de la terapia psicotrópica para tratar los trastornos mentales. Es decir que, si una persona sufre de daños a su sistema extrapiramidal producto de la medicación antipsicótica prescrita en el Seguro Popular, no tendrá posibilidad de tratarse puesto que su enfermedad no está dentro del catálogo (lo que no sería un problema en el IMSS o en el ISSSTE). Una propuesta meramente psicológica no tendría, obviamente, los mismos inconvenientes. Si el estudio del Instituto Nacional de Psiquiatría se enfocara solamente en el Seguro Popular debería tomar este punto en cuenta y, es de esperarse, el número de AVISA evitados con un tratamiento con psicofármacos se reduciría, haciendo que la efectividad fuera menor.

Con la explicación del punto anterior no debe suponerse que la propuesta hecha radica en ampliar las enfermedades cubiertas por el Seguro Popular para incluir todos los efectos secundarios de los psicotrópicos utilizados en los trastornos mentales (cosa que sería imposible porque todo el tiempo aparecen efectos secundarios nuevos); se pretende hacer notar que, dentro del contexto del Seguro Popular, y justamente por lo acotado de su campo de acción, vale la pena pensar en tratamientos a los trastornos mentales que no conlleven efectos secundarios tan negativos como los de los psicotrópicos.

⁸ Para una crítica interesante y, a mi juicio, bastante atinada sobre la imposibilidad de la evaluación y el peritaje en lo relacionado a las terapias psicológicas, véase Élisabeth Roudinesco, *El paciente, el terapeuta y el Estado*, Argentina, ed. Siglo XXI, 2005 (en particular el capítulo IV).

A continuación, se mencionarán datos interesantes con respecto a la mayoría de los medicamentos (seguido por su nombre comercial entre paréntesis y comillas) utilizados para el tratamiento de los trastornos mentales en el Seguro Popular⁹:

- La venlafaxina (“Effexor”) está rápidamente adquiriendo popularidad, en particular en los Estados Unidos. Como efectos secundarios se encuentran: síntomas maníacos, hipertensión, aumento de peso, alopecia, aumento del colesterol en la sangre, reducción de la excitación sexual, deterioro de la visión. También puede causar problemas graves en la piel, como el síndrome de Stevens-Johnson.
- El citalopram (“Celexa”) funciona como antidepresivo, y se receta generalmente en cuadros depresivos graves. El uso de este medicamento puede conducir al paciente a sufrir del “síndrome serotoninérgico”, dado por una cantidad excesiva de serotonina, y que deriva en una alteración nerviosa y muscular de la persona afectada, pudiendo ser fatal. El Celexa también puede causar hemorragias, cambios en el apetito y peso del paciente, y disfunciones sexuales.
- La atomoxetina (“Strattera”) puede causar fallas pulmonares y de hígado. Las personas que estén tomando otros medicamentos contra la depresión o que tengan un cuadro de depresión, manía, psicosis o alucinaciones deben tener cuidado al tomar este medicamento puesto que pacientes han reportado que sus condiciones mentales empeoran recién empezado a tomar el medicamento, o cuando se cambia la dosis de éste. Algunos pacientes han reportado tener problemas en su aparato urinario, y han existido casos de priapismo en niños y adolescentes.
- El lorazepam (“Ativan”) puede generar adicción y dependencia en el paciente. Además, los síntomas derivados de la terminación del tratamiento (dolores de cabeza, ansiedad, depresión, insomnio, confusión, irritabilidad, disforia, hipersensibilidad a la luz y al sonido, alucinaciones, taquicardia, ataques de pánico,

⁹ La información de los efectos secundarios de los medicamentos enlistados a continuación puede revisarse en la página de la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”, por sus siglas en inglés”) en su página web, www.fda.gov.

pérdida de memoria a corto plazo, etc.) son bastante fuertes; se recomienda el uso de esta droga de 2 a 4 semanas como máximo.

- El valproato semisódico (“Depakote”) puede producir severas hemorragias internas, pancreatitis y daño renal masivo. Como la mayoría de los medicamentos para tratar trastornos mentales, puede producir aumento de peso, además de temblores, náusea, incremento de pensamientos y actos suicidas. En ciertos casos, se ha estudiado la correlación entre el consumo del Depakote y retraso mental, y las mujeres embarazadas no deben tomar este medicamento.
- El metilfenidato (“Ritalin”) ha sido denunciado como un agente carcinógeno (se lo asocia con casos particularmente agresivos de cáncer de hígado). Un efecto secundario de este medicamento incluye extremidades necrosadas. Un estudio demostró que los efectos del metilfenidato y de la cocaína generan prácticamente los mismos efectos en el cerebro¹⁰.
- La carbamazepina (“Carbatrol”) es difícil de asimilar por el cuerpo, y las personas que consumen este medicamento deben seguir una dieta que les impide consumir cítricos. Los restos de carbamazepina que el cuerpo secreta no son aislados por las plantas potabilizadoras de agua; un estudio griego demostró que niveles ínfimos de esta droga en los mantos acuíferos dañan sustancialmente la flora y fauna marinas¹¹.
- El clonazepam (“Rivotril”) es conocido por sus efectos adictivos. Genera insomnio, puesto que el accionar del medicamento impide que el cerebro descanse de forma completa.

¹⁰ Departamento de ciencias médicas de la Universidad de Utah, *Ritalin and cocaine: the connection and the controversy*, [en línea], Estados Unidos, 2014. Dirección URL:

<http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/ritalin/> [Consulta: 29 de enero de 2014].

¹¹ K. Stamatelatou, *et.al.*, “Pharmaceuticals and health care products in wastewater effects: the example of carbamazepine”, [en línea], *Waterscience and technology*, vol. 3, n°4, Estados Unidos, 2003, p. 132.

Dirección URL:

<http://web.archive.org/web/20050524062315/http://www.iwaponline.com/ws/00304/0131/003040131.pdf>

[Consulta: 29 de enero de 2014].

- La risperidona (“Risperdal”) ha encontrado muchos enemigos. Johnson & Johnson, la compañía que lo fabrica, se ha enfrentado a varios juicios, en donde pacientes argumentan que no se explicaron bien cuáles eran los efectos adversos de este medicamento. En el 2013, la empresa pagó 2,200 millones de dólares como forma de evitar un juicio en el que se acusaba a la empresa de haber sobremedicado a niños, adultos mayores y discapacitados mentales¹².
- El haloperidol (“Haldol”) puede causar discinecia tardía y cambios bruscos en el ritmo cardíaco, que podrían llevar al paciente a sufrir un infarto. También se han reportado daños pulmonares. A pesar de todas las contraindicaciones que tiene este medicamento, la FDA aclara que “aún no se conoce el mecanismo preciso de acción” de esta droga.
- La fluoxetina (“Prozac”) aumenta el flujo de serotonina al cerebro, por lo que se espera que el paciente tenga mejor atención, esté de mejor humor y su ánimo se encuentre estable. Sin embargo, existe un riesgo: el síndrome serotoninérgico, derivado de un exceso de serotonina. Algunos síntomas son: agitación, alucinaciones, problemas de coordinación física y mental, taquicardia, rigidez muscular, mareos y ataques epilépticos. La mortalidad de esta enfermedad se estima en un 10%.
- El alprazolam (“Xanax”) también es conocido por sus efectos adictivos. El Xanax puede causar problemas en el plano de la salud mental, aumentando la posibilidad de actos y pensamientos suicidas, y manías. Su uso para personas menores de 18 años no ha sido estudiado, por lo que se recomienda que un psiquiatra monitoree el uso de este medicamento en personas jóvenes. Casi el 8% de los pacientes en un estudio en el que se probó el Xanax sufrió de taquicardia, y un porcentaje importante se quejó de insomnio inducido por el medicamento.

¹² David Ingram, “Johnson & Johnson to pay \$2.2 billion to end US drug probes”, [en línea], *Reuters*, 4 de noviembre de 2013. Dirección URL:<http://www.reuters.com/article/2013/11/04/us-jnj-settlement-idUSBRE9A30MM20131104> [Consulta: 29 de enero de 2014].

- Eli Lilly, la compañía que produce la olanzapina bajo el nombre comercial de “Zyprexa”, debió pagar una compensación récord de 1.4 mil millones de dólares por mercadotecnia fraudulenta y por esconder los efectos nocivos del medicamento¹³. Se descubrió que Eli Lilly promovía la venta del Zyprexa a pacientes menores de edad y adultos mayores cuando el gobierno estadounidense no había permitido el uso de la droga para estos grupos etarios. En la actualidad, se vende el “Symbyax”, un medicamento que une la olanzapina y la fluoxetina (“Prozac”). Sus efectos adversos incluyen todos los de la olanzapina y la fluoxetina, aunque potencializados.
- Con respecto al litio, las personas con daño renal, hepático o cardíaco deben tomar este medicamento con mucha precaución. Se ha estudiado la relación entre el consumo de litio y la manifestación del síndrome de Brugada (cuyo origen es aparentemente genético pero que, una vez que se presenta, causa arritmias gravísimas, que pueden llevar a la muerte). El uso del litio con el haloperidol puede provocar daño cerebral irreversible. El consumo de litio puede afectar a la tiroides, y es importante destacar que la cantidad de litio necesaria para tener efectos tóxicos y los prescritos por el médico son más o menos similares. Esto significa que se deben realizar pruebas médicas para evaluar cómo se desenvuelve el paciente al que se le diagnostica este medicamento.
- Después de que un joven se suicidara durante un estudio en el que se le había dado quetiapina (“Seroquel”), comenzaron a emerger documentos que muestran que AstraZeneca, el laboratorio productor del medicamento, sabía de los riesgos de la droga pero los había sistemáticamente escondido tanto del público como de la comunidad científica independiente (la empresa realizó sus estudios “científicos” con metodologías dudosas, y con pruebas tramposas para resaltar los efectos benéficos de su producto contra los nocivos de la competencia). La quetiapina no ha

¹³ Gardner Harris, “Lilly said to be near \$1.4 billion U.S. settlement”, [en línea], *The New York Times*, 14 de enero de 2009. Dirección URL: http://www.nytimes.com/2009/01/15/business/15drug.html?_r=0 [Consulta: 8 de abril de 2014].

demostrado ser mejor que el haloperidol, uno de los primeros antidepresivos producidos en la década de los 60, que además es considerablemente más barato¹⁴.

- Ya se ha demostrado, de una forma muy clara, que la paroxetina (“Paxil”) genera adicción y también puede llevar a acciones suicidas. En 1998, Donald Schell, de 60 años, fue diagnosticado con un trastorno de ansiedad y se le recetó Paxil. 48 horas después de comenzado su tratamiento, Schell asesinó a su esposa, a su hija y a su nieta, y después se suicidó. La compañía fue declarada culpable por la responsabilidad de su fármaco en la tragedia, y debió pagar casi 6.5 millones de dólares como resarcimiento a un miembro de la familia. GlaxoSmithKline se comprometió a pagar 3 mil millones de dólares al gobierno de los Estados Unidos por publicitar de forma deshonestamente sus antidepresivos (entre los que se encuentra el Paxil), por presionar para que el medicamento fuera recetado a niños y por no dar información y pruebas científicas acerca de este tipo de medicamentos, y otros relacionados con el tratamiento de la diabetes¹⁵.
- En los Estados Unidos, la clozapina (“Clozaril”) debe venderse con cinco advertencias, relacionadas a efectos secundarios potencialmente mortales: ataques epilépticos, inflamación del miocardio, agranulocitosis, infarto cardiorrespiratorio, y mayor probabilidad de muerte en ancianos con psicosis.
- El aripiprazol (“Abilify”) es extremadamente popular en los Estados Unidos: durante el 2013, fue el medicamento que más dinero recaudó en ventas (con más de 6.4 mil millones de dólares) y el número 14 en cuanto a las veces que fue recetado (casi 9 millones de recetas)¹⁶. Puesto que el mercado de la esquizofrenia es

¹⁴ Carl Elliot, “The deadly corruption of clinical trials”, [en línea], *Mother Jones*, septiembre/octubre 2010. Dirección URL: <http://www.motherjones.com/environment/2010/09/dan-markingson-drug-trial-astrazeneca?page=1> [Consulta: 8 de abril de 2014].

¹⁵ Katie Thomas, “Glaxo agrees to pay \$3 billion in fraud settlement”, [en línea], *The New York Times*, 2 de Julio de 2012. Dirección URL: <http://www.nytimes.com/2012/07/03/business/glaxosmithkline-agrees-to-pay-3-billion-in-fraud-settlement.html> [Consulta: 8 de abril de 2014].

¹⁶ Megan Brooks, “Top 100 selling drugs of 2013”, [en línea], *Medscape*, 30 de enero de 2014. Dirección URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/820011#1> [Consulta: 12 de abril de 2014]. Otros medicamentos para los trastornos mentales se encuentran en la lista, destacando el Cymbalta (otro antidepresivo), que con 5.2 mil millones de dólares en ventas alcanzó el 5° lugar en cuanto a dinero recaudado durante el 2013.

relativamente pequeño, Abilify se ha promocionado a sí misma como un complemento que puede mejorar el tratamiento de personas con depresión que estén bajo antidepresivos pero que no perciban ningún resultado¹⁷. Entre los efectos secundarios, destacan: el síndrome neuroléptico maligno, aumento de los niveles de azúcar, aumento de peso, discinecia tardía, convulsiones, afectaciones a los glóbulos blancos en la sangre, ansiedad, insomnio, aumento en la posibilidad de tener pensamientos o actos suicidas y fatiga, entre otros.

Seguro Popular: ¿medicalización de los trastornos mentales o multidisciplinariedad en la cura?

Para visualizar si ha existido una tendencia a la medicalización de los trastornos mentales en el Seguro Popular, se tomó en cuenta la cantidad de medicamentos comprados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en el 2010, 2011 y 2012¹⁸. Cada compuesto viene en varias presentaciones, pero en la presentación de los datos se sumaron todas las dosis sin importar la presentación. El porcentaje de crecimiento o decrecimiento en la compra de los medicamentos se comparó con el crecimiento de los afiliados al Seguro Popular, para ver si hay alguna relación.

Lamentablemente, no se pudo contar con el número de personas que fueron diagnosticadas con alguno de los trastornos mentales enlistados en el subapartado 1 de este capítulo: la CNPSS dice que estos números los tiene la Secretaría de Salud, mientras que el Sistema Nacional de Información en Salud (dependiente de la SSA) argumenta que esos números deberían estar en la CNPSS.

¹⁷ Esta campaña publicitaria llevó el título de “Add Abilify” (“Agrega Abilify”). Una búsqueda simple en YouTube, en busca de los comerciales, muestra una situación grotesca: mientras que las imágenes (algunas veces aparecen en forma de dibujos animados y otras, con personas reales) y la música de fondo buscan transmitir paz y tranquilidad, la voz superpuesta pasa más de la mitad del tiempo mencionando todos los efectos secundarios y contraindicaciones del Abilify. Abilify fue un paso más allá y ofreció una “prueba gratis de dos semanas” a aquellas personas que probaran estar en un tratamiento con un antidepresivo por un mínimo de seis semanas y no sintieran aún alguna mejoría. En los videos nunca se nombra el hecho de que Abilify no es un antidepresivo sino un antipsicótico, lo cual podría ser considerado por lo menos engañoso. La campaña fue todo un éxito, y las ventas del Abilify crecieron un 33% en tan sólo un año.

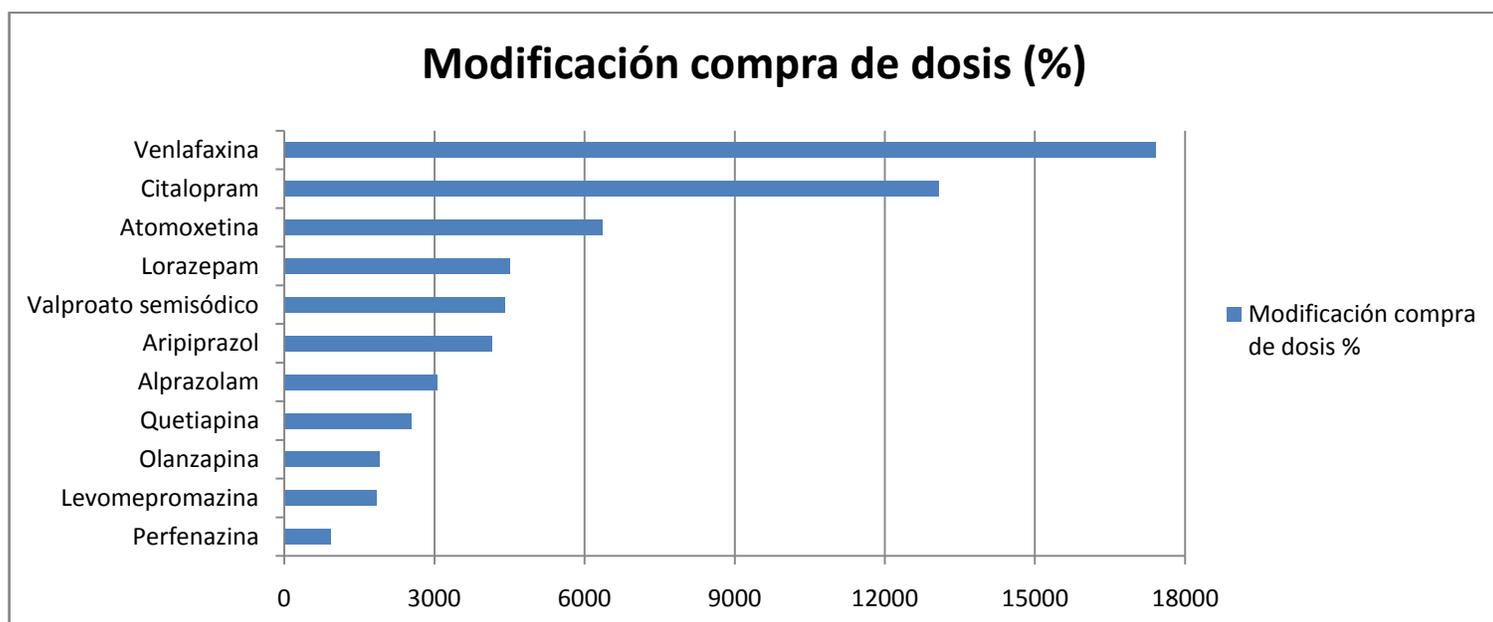
¹⁸ Todos los datos fueron tomados de la página web de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Algunos medicamentos utilizados para atender los trastornos mentales considerados para este estudio se usan para otras malencias dentro del CAUSES. Algunos de los medicamentos se utilizan para tratar los síntomas de la intoxicación por drogas (que puede provocar síntomas asociados a la psicosis, como alucinaciones) y para la epilepsia. De esta manera existen:

- Los medicamentos que se utilizan para los trastornos mentales y para otras enfermedades dentro del CAUSES ,y
- Los medicamentos que se utilizan *solamente* para los trastornos mentales en el CAUSES.

En las primeras dos gráficas se podrá ver el crecimiento en la compra de dosis de todos los medicamentos utilizados para atender los trastornos mentales. En la segunda gráfica se consideran sólo los medicamentos que se utilizan exclusivamente para trastornos mentales.

Gráfica 2: Medicamentos utilizados para los trastornos mentales en el Seguro Popular (crecimiento de más de 1000% en la compra de dosis en el período 2010-2012).

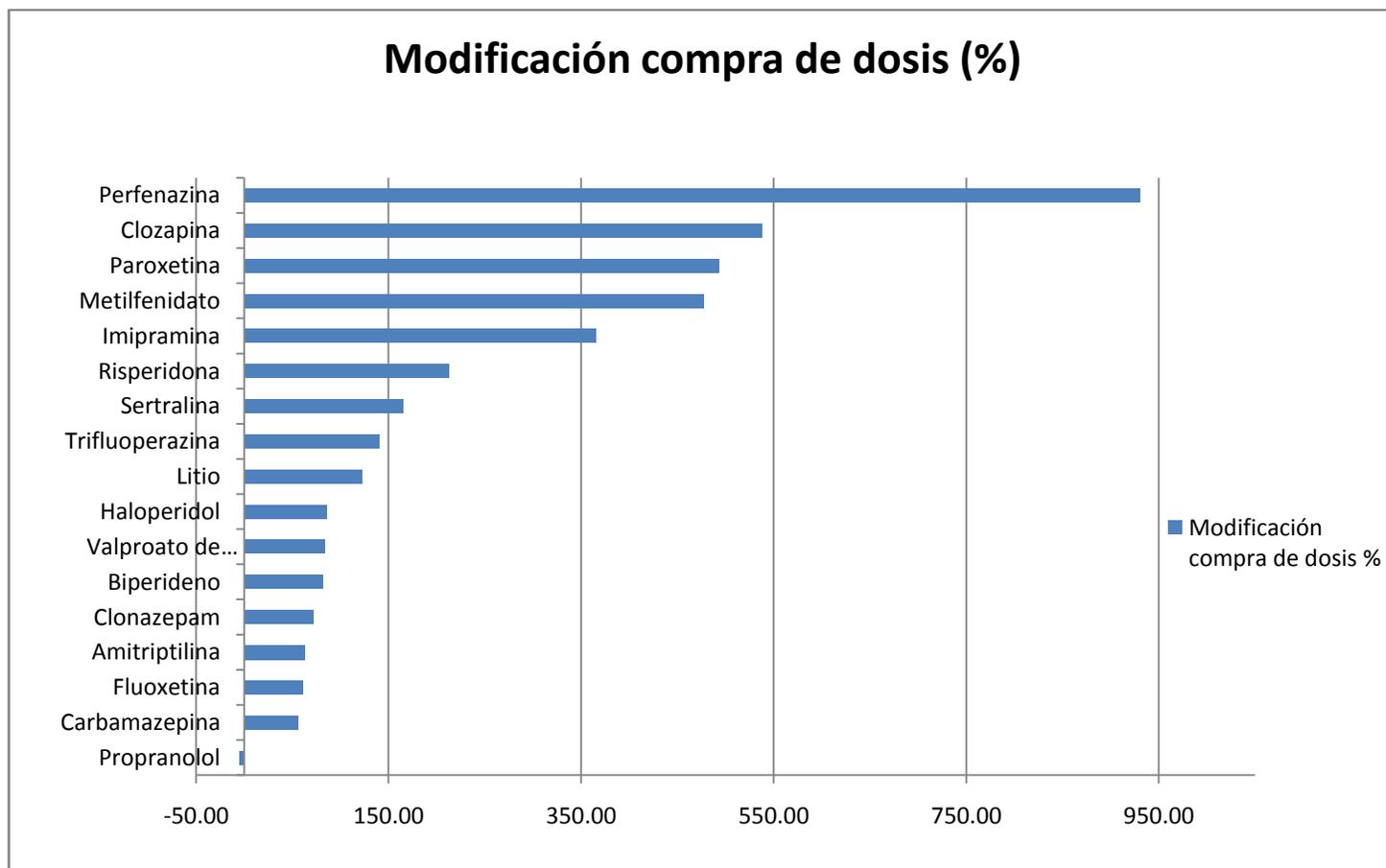


Fuente: Elaboración personal con base en datos de la CNPSS. Ver anexo estadístico¹⁹.

¹⁹ Para la perfenazina se tomó el período 2011-2012 puesto que en el 2010 no se registraron compras.

De esta gráfica se desprende un primer dato interesante: los tres medicamentos que registraron un mayor crecimiento en la compra de dosis fueron la venlafaxina (que registró un alarmante crecimiento del 17,408% de aumento en las compras del 2010 al 2012), el citalopram y la atomoxetina; estas drogas se utilizan exclusivamente para tratar trastornos mentales. El lorazepam (cuarto lugar) se utiliza en el Seguro Popular, además de auxiliar en el tratamiento del autismo y los trastornos de ansiedad, para atender la intoxicación por cocaína.

Gráfica 3: Medicamentos utilizados para los trastornos mentales en el Seguro Popular (crecimiento hasta de 1000% en la compra de dosis en el período 2010-2012).



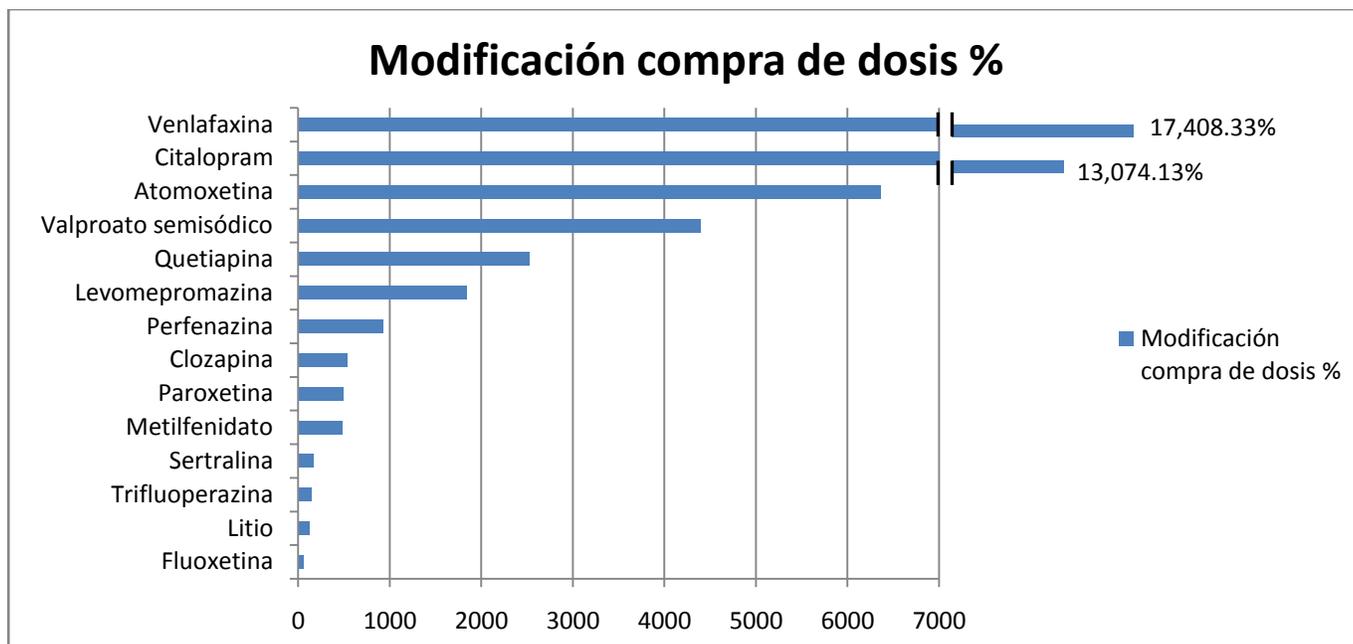
Fuente: Elaboración personal con base en datos de la CNPSS. Ver anexo estadístico.

Ya con esta segunda gráfica queda claro que se tiende al aumento en la compra de dosis de medicamentos para tratar los trastornos mentales. De hecho, de los 27 medicamentos utilizados para tratar los trastornos mentales en el Seguro Popular y que fueron considerados en este estudio, sólo uno registró una mínima disminución en la compra para el período 2010-2012: el propranolol (-4.66%).

El gran aumento en la compra de dosis de medicamentos se traduce, necesariamente, en una mayor cantidad de dinero gastada. La venlafaxina registró el mayor crecimiento (21,187.74%), seguido por el citalopram (7,404.72%) en el período 2010-2012. Si en el 2010 el Seguro Popular gastaba 82,273,422 pesos en estos medicamentos, en el 2012 gastó 322,353,786 pesos, un aumento de casi el 300% en tres años fiscales. Recordemos que, de 2010 a 2012, el número de afiliados al Seguro Popular creció solamente un 30.35% (ver anexo 1 para más información).

Si se excluyen de la gráfica los medicamentos que se utilizan para tratar otras enfermedades aparte de los trastornos mentales, el esquema es bastante similar (gráfica 3). Esto indica que la tendencia a una mayor compra de dosis destinadas al tratamiento de los trastornos mentales es clara (de 14 medicamentos que entran dentro de esta categoría, ninguno presenta disminuciones en la cantidad de dosis compradas).

Gráfica 4: Medicamentos que se utilizan *solamente* para trastornos mentales en el Seguro Popular.



Fuente: Elaboración personal con base en datos de la CNPSS. Ver anexo estadístico.

Es importante resaltar que la reflexión central no versa sobre cómo el Estado puede hacer del Seguro Popular un programa más eficiente en el plano del gasto en medicamentos para trastornos médicos. El aumento en el gasto económico para la compra de medicamentos debe ser entendido como un mostrador claro de que cada vez más personas en el Seguro Popular reciben medicamentos que, de acuerdo con las críticas esgrimidas a lo largo del trabajo, no son claramente fiables, y generan efectos secundarios peligrosísimos que no pueden ser atendidos por el mismo Seguro Popular. Un estudio interesante a desarrollar a futuro podría involucrar el análisis de los efectos secundarios causados por los medicamentos en algunos pacientes del Seguro Popular, y cómo fue que se enfrentaron institucionalmente a ese problema. Considerando esto, las críticas están enfocadas hacia un modelo que medicaliza en general, y hacia un nuevo nicho de mercado que ha sido explotado prolíficamente por las compañías farmacéuticas (los trastornos mentales) a través de la creación de psicofármacos que no han logrado científicamente demostrar su utilidad, y cuyos terribles efectos secundarios se conocen mejor que sus supuestos beneficios.

En este punto, resulta importante resaltar algunos de los temas presentados en el capítulo 1. La argumentación de Illich con respecto a la industria médica es que ha pasado un umbral en el que su accionar es contraproductivo; en este caso, que genera más enfermedad que salud. Revisando las listas con todos los efectos secundarios de los medicamentos y la obvia tendencia al alza en la compra de estos, es de esperar que efectos de la iatrogenesis clínica se presenten eventualmente o, incluso, ya se hayan presentado. Los efectos de la iatrogenesis social y cultural, por otro lado, son más difíciles de interpretar con estos datos; una investigación de campo, en alguna comunidad o en donde haya un hospital en donde la medicación de los trastornos mentales sea particularmente alta, podría brindar información interesante²⁰.

A modo general, se podría decir que la iatrogenesis social en este tema podría aparecer al negar a la persona la posibilidad de buscar ayuda fuera de la industria médica; esto sucede desde el primer nivel de atención médica, cuando un médico general, después de realizar un *test*, diagnostica a una persona con algún trastorno mental y le receta un medicamento. Esto, evidentemente, se relaciona con la iatrogenesis cultural, puesto que no se permite al sujeto el pensar sobre sí mismo y sus dolencias más allá que como resultado de un trastorno mental diagnosticado por un experto que le entrega la solución: una pastilla. Es importante resaltar, otra vez, que el CAUSES infiere que el tratamiento farmacéutico de los trastornos mentales *antecede* a cualquier otro tipo de acercamiento.

Habiendo visto la clara tendencia al aumento en la compra de medicamentos, otro posible acercamiento para entender cómo se tratan los trastornos mentales en el Seguro Popular es el número de egresos hospitalarios y la razón de su ingreso. Los números referentes al Seguro Popular y los pacientes atendidos en el ámbito de la salud mental se encuentran subsumidos en los números de la Secretaría de Salud. Es de destacar que, a pesar de que la Comisión de Protección Social en Salud es ya un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, no cuenta con sus bases de datos propias. Aparentemente, el Seguro

²⁰ El primer gran obstáculo para una investigación de campo en el Seguro Popular es el de definir qué caso tomar. Hay que recordar que los números para el Seguro Popular o no existen o se mezclan con los de la Secretaría de Salud, dificultando el especificar un caso a estudiar.

Popular no conoce, con exactitud, cuántos pacientes son atendidos, y de qué, en los hospitales afiliados al Seguro Popular, lo que es gravísimo y denota una falta de información básica para poder estudiar esta política gubernamental a largo plazo²¹ (asunto ya nombrado por el CONEVAL en el capítulo anterior).

Otro punto importantísimo a tener en cuenta es que el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) no tiene el número de pacientes diagnosticados, sino el de egresos hospitalarios. Es decir, la información que se recupera es la que se genera al momento de la internación pero, si el diagnóstico no lleva al hospital al paciente, entonces los números se pierden. Estos inconvenientes se derivan de una problemática central: la falta de una base de datos única en cuanto a los servicios de salud²². En el plano de la salud mental esto resulta particularmente importante puesto que, como se vio en el capítulo 1, hay variadas formas de atender los trastornos mentales que pueden incluir o no la hospitalización.

Los datos se tomaron del SINAIS, y se tomaron en cuenta los egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud exclusivamente puesto que sólo hay hospitales de esta institución registrados en el Seguro Popular (recordemos que los números de egresos hospitalarios para el Seguro Popular exclusivamente no se conocen). De todos los trastornos mentales clasificados en el CIE-10²³, sólo serán tomados en cuenta los siguientes, puesto que estos sí son atendidos por el Seguro Popular y figuran dentro del documento CAUSES:

- F50 Trastornos de la ingestión de alimentos (dentro de “Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria”)
- F90.0 Perturbación de la actividad y de la atención; R46.3 Hiperactividad (dentro de “Diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad”).

²¹ *Libro Blanco*, p. 9280.

²² *Ibíd.*, p. 9279.

²³ La Secretaría de Salud utiliza el CIE-10 como clasificadora de enfermedades. En este clasificador, las enfermedades cuyo código comience con “F” son consideradas mentales.

- F84.0 Autismo en la niñez; F84.1 Autismo atípico; F84.5 Síndrome de Asperger; F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo; F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación (dentro de “Diagnóstico y tratamiento de los trastornos generalizados del desarrollo [autismo]”)
- F31 Trastorno afectivo bipolar; F32 Episodio depresivo; F33 Trastorno depresivo recurrente; F34 Trastornos del humor [afectivos] persistentes; F06.3 Trastornos del humor [afectivos], orgánicos (dentro de “Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos”).
- F41.0 Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]; F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada; F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión, F43.1 Trastorno de estrés post-traumático; F43.2 Trastornos de adaptación (dentro de “Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad”)
- F20 Esquizofrenia; F21 Trastorno esquizotípico; F22 Trastornos delirantes persistentes; F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios; F24 Trastorno delirante inducido; F25 Trastornos esquizoafectivos; F28 Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico, no especificada; F29 Psicosis de origen no orgánico, no especificada (dentro de “Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos”).

De destacar, en primer lugar, es la relativa estabilidad de los egresos hospitalarios referidos por estos trastornos. En 2010, hubo 14,639 egresos de los hospitales manejados por la Secretaría de Salud; en 2011, 15,279; y en 2012, 14,896. Si se compara esto con los 12,873 egresos del año 2004 (año en el que entra en vigencia a nivel nacional el Seguro Popular, se verá poca diferencia. A diferencia de lo sucedido en el ámbito de los medicamentos, el Seguro Popular y su expansión por todo el país (hasta alcanzar, según datos oficiales, los 52 millones de afiliados voluntarios para el 2012) no parece haber incidido en mucho a los egresos hospitalarios producto de estos trastornos mentales. La atención mental hospitalaria se encuentra centralizada en el Distrito Federal, con casi un 30% de los egresos²⁴.

²⁴Dirección General de Información en Salud, *Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas, 2004-2007*, [en línea], México, Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Dirección URL: <http://www.sinais.salud.gob.mx/> [Consulta: 24 de marzo de 2014].

Cuadro 2: Relación de egresos totales de hospitales de la Secretaría de Salud.

Año	1. Egresos totales hospitales SSA	2. Egresos total trastornos mentales (clave "F" en el CIE-10 + R46.3, hiperactividad)	3. Egresos trastornos mentales cubiertos por el CAUSES
2010	2,687,442	29081 (1.08% de n°1)	14,639 (50.33% de n°2) 14,611 Egresos por morbilidad 28 Egresos por mortalidad
2011	2,833,058	30888 (1.09% de n°1)	15,279 (49.46% de n°2) 15,249 Egresos por morbilidad 30 Egresos por mortalidad
2012	2,940,371	30943 (1.05% de n°1)	14,896 (48.16% de n°2) 14,876 Egresos por morbilidad 20 Egresos por mortalidad

Fuente: Elaboración propia con información del SINAIS²⁵.

Si en el tema de las medicinas se puede ver una clara tendencia al alza, en las hospitalizaciones esto no resulta tan evidente. Esto podría deberse a una tendencia bastante reciente dentro del tratamiento de los trastornos mentales, que aboga por evitar las hospitalizaciones o encierros de las personas diagnosticadas con este tipo de trastornos. El cambio de paradigma, de la hospitalización a la medicalización, podría recordar a un famoso escrito de Gilles Deleuze, "Post-scriptum sobre las sociedades de control": el hecho de que el sujeto no sea encerrado en una institución no significa que esté menos vigilado o que cuente con más libertad²⁶.

En el ámbito de las políticas públicas, siempre ha habido interés en la investigación comparada, que busca ejemplos y acciones en diferentes lugares para mejorar los procesos actuales. A partir del año 2000, y con una publicación de Dolowitz y Marsh²⁷, se popularizó el concepto de "policy transfer" para referirse al proceso por el cual se investiga el accionar público de diferentes actores (tanto pasados como presentes, nacionales e internacionales)

²⁵ Ídem.

²⁶ Gilles Deleuze, *Conversaciones 1972-1990*, España, ed. Pre-Textos, 1999, p. 277.

²⁷ David Dolowitz y David Marsh, "Learning from abroad: the role of policy-transfer in contemporary policy-making", *Governance*, vol. 13, núm. 1, Estados Unidos, 2000.

con el fin de mejorar procesos propios. En este sentido, entonces, los estudios comparados y el análisis de lo que sucede fuera de las fronteras de México en materia de salud mental pueden brindar diferentes y nuevos puntos de vista.

Experiencias internacionales alternativas para atender trastornos mentales

Con respecto a algunas experiencias internacionales que pueden nombrarse, se encuentran algunas que surgieron como parte del movimiento crítico de la psiquiatría (o “antipsiquiatría”), presente en la década de los 60 y 70. Uno de los resultados más tangibles fue la aparición de un nuevo enfoque que se denominó como “psiquiatría comunitaria”, en donde se resaltaba la importancia del entorno social y familiar más cercano para lograr el tratamiento de las personas afectadas con algún trastorno mental. La antipsiquiatría tuvo como uno de sus principales enemigos al hospital psiquiátrico, acusado de encerrar a los pacientes y, mediante este encierro, empeorar su condición médica. Sin embargo, con la pérdida de energía del movimiento antipsiquiátrico en décadas posteriores, estas ideas han también perdido fuerza.

Es de destacar que, aún con la pérdida de fuerza del movimiento antipsiquiátrico anteriormente comentada, algunos de los países occidentales implementaron ciertos servicios de atención comunitaria para trastornos mentales. Algunas de estas herramientas son²⁸:

- Atención Intensiva y Continuada de Día (“Acute Continuous Day Care”, o “ACDC”).
- Atención Asertivo Comunitaria (“Assertive Outreach Care”, o “AOC”).
- Tratamiento Agudo Domiciliario (“Home Acute Care”, o “HAC”).

²⁸ Javier Vázquez-Bourgón, *et.al.*, “Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves”, [en línea], *Actas españolas de psiquiatría*, n°40, vol. 6, España, 2012, p. 323. Dirección URL: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/80/ESP/14-80-ESP-323-332-371775.pdf> [Consulta: 24 de abril de 2014].

Aunque cada una tiene sus particularidades, estas tres herramientas son muy importantes en el campo de la psiquiatría comunitaria y de la atención de los pacientes. La psiquiatría comunitaria busca reducir el tiempo de hospitalización de los pacientes para hacer que los lazos sociales del paciente con su entorno no se pierdan, lo que dificultaría aún más su tratamiento. Además, los profesionales que trabajan con estas herramientas cuentan con un número muy reducido de casos (lo que asegura una terapia mucho más personalizada), y los tiempos de tratamiento no son tan acotados como son en el caso de terapias cognitivas. El tratamiento con medicinas es considerado, pero está en un segundo plano de importancia; la atención personalizada y dentro de la comunidad resultan los dos pilares fundamentales de la psiquiatría comunitaria. Es decir que, en vez de visualizar los trastornos desde una lógica biologicista, estas terapias apuntan a la confianza, y a la construcción de una relación sólida entre el “cuidador” (“carer”, en inglés) y el paciente.

Si Vázquez-Bourgón asegura que la situación de la psiquiatría comunitaria en Europa y en los países anglosajones industrializados (Estados Unidos, Canadá, Australia) es complicada aún cuando allí existió un pasado antipsiquiátrico considerable, la situación en América latina resulta más complicada. Los países latinoamericanos comienzan recién a interesarse por la psiquiatría comunitaria a principios del siglo XXI, cuando surge un interés por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en apoyar proyectos de este carácter. A pesar de no tener mucho desarrollo dentro del movimiento antipsiquiátrico, América latina recibió a otra doctrina del pensamiento “psi”: el psicoanálisis. Particularmente en América del Sur, la difusión de las teorías psicológicas y psicoanalíticas presenta la prueba de un pasado que buscó soluciones a los trastornos mentales más allá de los grandes hospitales psiquiátricos.

De acuerdo con un estudio realizado por la OMS en 2007²⁹, en el que se investigaron los sistemas de atención en salud mental de 42 países de ingreso bajo y

²⁹ Denominado “Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental” (IESM-OMS). El estudio fue realizado en 2007, e incluye tanto estudios regionales como particulares para cada país. Para ver el reporte sobre la región sudamericana, acceder a http://www.who.int/mental_health/evidence/iesm_sudamerica_12_2011.pdf?ua=1, y para el de

mediano, se pueden ver tanto similitudes como diferencias con respecto a México y América del Sur. Por un lado, México gasta más en hospitales psiquiátricos que la mayoría de los países sudamericanos, ubicándose en un 80% de los recursos destinados a la salud mental en comparación con Argentina (65%), Brasil (49%), Chile (33%), Ecuador (59%) y Uruguay (72%). Las reformas psiquiátricas de los últimos años alrededor del mundo han hecho hincapié en la importancia de quitar al hospital psiquiátrico como centro fundamental de atención en salud mental para dar cabida a otros modelos.

México también se encuentra en clara desventaja en cuanto a personal de salud:

- Cuenta con 1.6 psiquiatras por cada 100,000 habitantes, número muy bajo en comparación con Argentina (9.2), Brasil (3.2), Chile (4.7) y Uruguay (19.3).
- Cuenta con 1.43 psicólogos por cada 100,000 habitantes, números bajos si se los compara con Brasil (10.19), Chile (28.94), Paraguay (28.94) y Uruguay (3.12). La Argentina alcanza el número más alto, con 106 psicólogos por cada 100,000 habitantes.
- Cuenta con 0.53 trabajadores sociales por cada 100,000 habitantes, detrás de Argentina (11), Brasil (1.08), Chile (1.7) y Uruguay (1.36).
- Cuenta con 0.19 terapeutas ocupacionales, contra Argentina (1), Brasil (1.95) y Chile (3.10).

Tal vez establecer una relación causal sería riesgoso, pero justamente de Argentina, Brasil y Chile (países con los mejores niveles en cuanto a profesionales de salud) provienen los esfuerzos más distintivos en cuanto a políticas en salud mental de la región latinoamericana. Con respecto a la Argentina, se puede ver que el discurso mismo es diferente. Tomando como enfoque central el respeto y salvaguarda de los derechos humanos de los pacientes, se sancionó en 2010 la Ley 26,657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental. Esta Ley da un gran peso al enfoque comunitario y, en el Plan Nacional de Salud Mental, la Argentina se plantea un ambicioso proyecto: que no existan hospitales

México acceder a http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf.

psiquiátricos para 2020, siendo reemplazados por organismos de atención basados en la psiquiatría comunitaria³⁰. En este Plan de Acción hay también un punto de vista totalmente distinto, enmarcado en una frase: “[se] entiende que la Salud Mental atraviesa en la actualidad un proceso de transformación que implica *el pasaje de lo patológico a lo salutogénico*”³¹. El paradigma salutogénico, ideado por el sociólogo Aaron Antonovsky, pretende romper con la dicotomía salud-enfermedad asumiendo que no existen estas dos categorías de manera absoluta (nadie está completamente enfermo o completamente sano). Antonovsky, más que enfocarse en la enfermedad y en las influencias perjudiciales, comenzó a preocuparse por la capacidad del ser humano, tanto biológica como cultural, para resistir³². De esta manera, es lógico que el artículo 3 de la Ley 26,657 exprese que “se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”.

El modelo defendido desde el Plan de Acción es uno que entiende que los trastornos mentales no son como las enfermedades orgánicas, y que estos no pueden separarse del sujeto que los sufre. La separación entre trastorno mental y paciente obedecía a un proceso de observación y estudio “natural”, que poco a poco fue extendiéndose más allá de los hospitales psiquiátricos. Así, este paradigma también trajo como resultado “...la cultura de acallar y/o hacer desaparecer los síntomas y/o encerrar a las personas que los portan, más que entenderlos como pedidos de ayuda, buscando las causas más allá de la caracterización de anormalidad o alienación personal, o en la biología y en los prejuicios”³³. La deconstrucción del modelo hegemónico en salud mental, entonces, no implica solamente cerrar los manicomios, sino también modificar las construcciones culturales creadas alrededor de éste.

Para el caso de Brasil, se puede nombrar la Ley 10,708, de julio del 2003. Esta Ley instauró el Programa “Vuelta a Casa”, que es bastante novedoso. Este programa apoya con un pequeño subsidio económico a personas que hayan estado internadas en hospitales

³⁰ Ministerio de Salud de la República Argentina, *Plan Nacional de Salud Mental*, [en línea], Argentina, 2013, p. 7. Dirección URL: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf [Consulta: 22 de abril de 2014].

³¹ *Ibíd.*, p. 14. Las cursivas son propias.

³² Francisco Rivera de los Santos, *et.al.*, “Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud”, [en línea], *Revista Española de Salud Pública*, vol. 85 n°2, España, 2011. Dirección URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000200002&script=sci_arttext [Consulta: 24 de abril de 2014].

³³ *Ibíd.*, p. 14.

psiquiátricos por un largo tiempo (mínimo 2 años) para que pueda ser más fácil su reinserción social. Las explicaciones dadas y los objetivos que se buscan alcanzar coinciden con los presentados anteriormente en el caso argentino: el “modelo anacrónico de atención en salud mental”, que estaba centrado casi exclusivamente en el encierro en hospitales psiquiátricos, estigmatizaba a las personas con trastornos mentales. La transición de un modelo “anacrónico” a uno comunitario tomó 10 años. El Programa “Vuelta a Casa” se enmarca dentro de un sistema que apunta a atender a los pacientes dentro de organismos distintos a los hospitales, como los Centros de Convivencia y Cultura, los Centros de Atención Psicosocial y los Servicios Residenciales Terapéuticos. Es importante destacar que el subsidio otorgado tiene también un valor de resarcimiento para aquellas personas que, habiendo estado sometidas por un largo tiempo al encierro psiquiátrico, vieron sus derechos humanos violentados³⁴.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile sigue también los principios comunitarios para establecer la atención psiquiátrica, aunque sin descuidar que el gasto económico por parte del Estado sea eficiente. Para esto, se nombraron prioridades por trastornos: jóvenes con trastorno de déficit de atención, personas con depresión, esquizofrenia, Alzheimer, y dependientes del alcohol y/o las drogas. Además, se brinda atención psicológica a las personas que sufrieron violaciones a sus derechos humanos como resultado del gobierno militar que gobernó Chile de 1973 a 1990. En este país, se llegó a la conclusión de que los factores biológicos explican sólo parcialmente los trastornos mentales, puesto que los factores psicosociales son también importantes para explicar la aparición y duración del trastorno; esto, como resultado de una compleja interacción entre la persona, su entorno y su historia personal.

El Programa también reconoce que la atención ambulatoria, al contrario de la internación psiquiátrica, es básica para que los pacientes no pierdan sus lazos sociales; de hecho, el número de camas psiquiátricas para internaciones largas se ha reducido sustancialmente durante la última década, al igual que el presupuesto destinado a los

³⁴ Se puede consultar un pequeño folleto explicativo del programa. Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil: “Programa de Volta para Casa”, [en línea], Brasil, sin fecha. Dirección URL: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf [Consulta: 24 de abril de 2014]. También se puede revisar la Ley 10,708, que instaura legalmente este Programa.

manicomios y hospitales psiquiátricos. Los resultados son visibles: las personas que están en el esquema público de salud tienen mejor acceso a la atención en salud mental como producto de la incorporación del modelo comunitario, y la atención es de mejor calidad³⁵.

Es importante cerrar, sin embargo, con una advertencia. Hay que mencionar que los modelos anteriormente mencionados se enmarcan dentro de una tendencia mundial y un aparente cambio de discurso en el que se estigmatiza a la hospitalización. Evidentemente, se requieren trabajos de investigación profundos para determinar si el cierre de los hospitales psiquiátricos trae, por sí, beneficios en el plano de la salud mental. Si la Argentina cumple su cometido de cerrar todos los hospitales psiquiátricos para 2020, este país podría ser un ejemplo muy interesante a estudiar.

³⁵ Alberto Minoletti y Alessandra Zaccaria, “Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia”, [en línea], *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.18, n°4-5, Chile, 2005. Dirección URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900015#fig1 [Consulta: 25 de abril de 2014].

Conclusiones: El potencial de la multidisciplinariedad en la salud mental dentro del esquema del Seguro Popular

La complejidad del mundo contemporáneo en el que vivimos no puede reducirse a antagonismos claros y distintos; hablar de tendencias (en plural) resulta más adecuado, puesto que éstas pueden cambiar con el paso del tiempo. Si bien es cierto que la tendencia a la medicalización de los trastornos mentales es bastante clara en el Seguro Popular (haciendo hincapié en la multiplicación en algunos casos ominosa de la compra de antipsicóticos y antidepresivos), también es importante destacar que hay países que están probando nuevas políticas públicas en salud mental.

Aunque los casos anglosajones puedan resultar ajenos a la idiosincrasia nacional, México tiene en determinados países latinoamericanos la posibilidad de estudiar formas alternativas de plantear y de tratar los trastornos mentales dentro de un marco cultural mucho más cercano. De acuerdo con los números presentados por la OMS, se podría inferir que a México le faltan profesionales de la salud mental; no hay que olvidar, sin embargo, que no se trata de un tema meramente cuantitativo, por lo que un estudio a fondo deberá analizar cómo se forman los profesionales de la salud mental en los países latinoamericanos que muestren una óptica diferente con respecto a los trastornos mentales. Si Brasil y Chile reportaron que el proceso de cambio del modelo anacrónico de la psiquiatría al comunitario les llevó 10 años, y la Argentina espera que para el 2020 ya no existan manicomios generales, entonces queda claro que una política diferente en salud mental deberá abarcar varios sexenios, por lo que más que hablar de políticas de gobierno debemos referirnos a la construcción de políticas de Estado.

Los efectos de una política psiquiátrica basada principalmente en psicotrópicos pueden acarrear desastres para las personas bajo este tratamiento; la lista de los efectos secundarios de los medicamentos utilizados para los trastornos mentales crece día a día. También es claro que la industria farmacéutica que produce estos productos vela por sus intereses, escondiendo muchas veces la parte negativa del medicamento y ensalzando sus pocos efectos positivos.

La discusión en el plano del Seguro Popular es importantísima puesto que es un elemento único dentro del sistema de salud mexicano. Por un lado, está pensado para cubrir

los padecimientos más comunes, y no todas las enfermedades que se le presenten, como en el caso de los grandes institutos de seguridad social; por el otro lado, su población objetivo es aquella que aún no cuenta con seguro médico, que generalmente se encuentra en ámbitos rurales y con falta de oportunidades. El hecho de que el Seguro Popular sólo cubra las intervenciones enlistadas en el CAUSES debería hacer que se reflexione seriamente antes de darle un medicamento a una persona cuyos efectos secundarios, de sufrirlos, no podrán ser atendidos por no formar parte del Catálogo. Los problemas graves más frecuentes en los antipsicóticos y antidepresivos actuales, relacionados con daños al sistema extrapiramidal, no son cubiertos. El fármaco que debía curar se transforma en veneno (recordando que estas dos palabras contrarias entre sí provienen de la misma raíz griega, *phármakon*).

Parece difícil de visualizar que las personas afectadas por los efectos secundarios de algún psicotrópico recetado por el Seguro Popular tengan alguna posibilidad de reclamo como los que generalmente están presentes en la industria cinematográfica, donde grandes conglomerados de pacientes levantan demandas multimillonarias contra las empresas farmacéuticas (cada una con sus sendos grupos de abogados). Hay que recordar que el Seguro Popular busca atender a un sector importante de la población que se encuentra marginada y cuyas oportunidades en general están disminuidas; una enfermedad que dañe permanentemente el sistema nervioso de una persona puede significar la profundización del círculo de pobreza familiar que justamente esta política busca combatir. Si se toma esto en cuenta, ¿no vale la pena intentar métodos en los que el paciente reciba tratamientos psicotrópicos y sea encerrado en un manicomio como últimos recursos?

En este capítulo se buscó enlistar los trastornos mentales que el Seguro Popular atiende, además de explicar los tratamientos que este organismo ofrece a sus afiliados. Destaca el hecho de que la “cura” está enfocada principalmente en la medicalización, observable en el crecimiento en la compra de dosis o unidades de medicamentos para tratar estos trastornos mentales. Se nombraron algunos de los problemas más comunes cuando se utilizan este tipo de drogas. En la última parte, se mostraron brevemente modelos de atención psiquiátrica que difieren tanto en teoría como en práctica a la atención dada en el Seguro Popular. La simple discusión de nuevas propuestas en el plano de la atención en salud mental probará ser enriquecedora y generadora de proyectos alternativos para mejorar

la calidad de vida de las personas reduciendo los efectos secundarios y también los efectos iatrogénicos de la aplicación de la medicina sobre el cuerpo humano.

Conclusiones y reflexiones finales

- Predomina en el conocimiento médico contemporáneo (siendo visible, por lo tanto, en el campo de la psiquiatría) una visión biologicista de los trastornos mentales. Esto se refleja claramente en el modelo monoaminérgico, que busca explicar los trastornos mentales de acuerdo con la disfuncionalidad de la recaptación de diversos neurotransmisores, como la serotonina o la noradrenalina.
- El modelo psiquiátrico que prioriza las condiciones biológicas sobre las demás deja poco espacio para la puesta en juego de las condiciones subjetivas del paciente.
- La clasificación psiquiátrica tiene, en el mundo actual, la función también de delimitar o incluso crear *mercados* donde antes no existían.
- Para este modelo psiquiátrico, el poder que se le da para diagnosticar e incluso “descubrir” (¿inventar?) nuevas categorías de trastornos es fundamental. De esta manera, los psiquiatras se vuelcan a repartir medicación antidepresiva y antipsicótica, cuyo mercado ha alcanzado un alto valor en la industria farmacéutica. En algunos casos, los antidepresivos y antipsicóticos se utilizan de forma conjunta, lo que hace no sólo aumentar la posibilidad de aparición de efectos secundarios de estos medicamentos, sino que también hace dudar sobre la efectividad de cada uno de estos.
- El bagaje teórico de Iván Illich nos permite concluir que siempre existirán riesgos iatrogénicos cuando se ejerza alguna especie de intervención sobre el cuerpo. El propósito no debe ser entonces buscar una medicina “esterilizada”, sino mantener los riesgos iatrogénicos al mínimo; tampoco la solución es la “huida” del individuo, algo que Illich propone en sus últimos escritos.
- Esto implica, necesariamente, un replanteamiento de la práctica médica, que agregue nuevas formas para pensar los límites de la medicina. Hoy en día, las

limitantes para el accionar médico provienen de razones económicas (falta de recursos) o técnicas (aún no existe determinada operación, determinada herramienta). Se propone pensar también en los límites *morales* de la medicina. Es decir: pueden existir intervenciones médicas que sean factibles tanto económica como técnicamente hablando, pero que no deban *moralmente* hacerse. No hay que confundir los límites morales con una serie de leyes provenientes de campos como la religión, sino más bien con la discusión última sobre qué papel y funciones le asigna un Estado (e incluso cada comunidad o grupo que habita en éste) al aparato médico.

Enmarcado en este punto es que pueden entrar las discusiones radicales de Iván Illich sobre los límites de la medicina y el aumento de la tasa impositiva a los procedimientos médicos que sean considerados “inmorales” para un determinado grupo. Considero que las reflexiones en torno a este tema, aunque seguramente polémicas, son altamente interesantes.

- Las discusiones con respecto a la salud (y a cualquier ámbito en el que los expertos detentan el monopolio del saber) deben estar abiertas a los legos y las personas que se verán afectadas por las decisiones de gobierno. La idea mínima de la apertura al diálogo, sin que esto signifique una asamblea continua, proveerá de información y puntos de vista distintos.
- Si en el plano social la apertura al diálogo puede proveer de mejores resultados, en la parte individual se podrá reconocer al sujeto como ser que sufre algo que, en el fondo, es imposible de reducir a categorizaciones médicas. Diversas doctrinas resaltan la importancia del hablar y también de la escucha para el mejor entendimiento de los así denominados trastornos mentales. Además, dar el habla al sujeto es reconocerlo como un actor social.
- La creación de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud es un paso importante para garantizar el derecho constitucional de la protección de la salud. El coloquialmente conocido como “Seguro Popular” busca afiliar a las personas que no

cuentan con un seguro social, cubriendo una lista de enfermedades básicas. La necesidad de un organismo de salud como el Seguro Popular muestra cuánto ha cambiado el mercado laboral desde el surgimiento del modelo neoliberal como forma hegemónica de entender la economía.

- Aunque aún hay mucho camino por delante, las acciones del Seguro Popular van encaminadas al fortalecimiento de un sistema federal de salud, y a la reducción de los “gastos de bolsillo” en salud, lo que consecuentemente implica que menos personas se ven hundidas en la pobreza por padecer de alguna enfermedad crónica. Estos resultados primigenios se ven, sin embargo, en peligro por una falta clara de planificación a corto y mediano plazo, en donde el gran aumento en la cantidad de afiliados al Seguro Popular no se vio reflejado en más equipo médico, particularmente en las zonas con un grado importante de marginalidad que son la población objetivo de esta política. Además, en algunos casos, persiste la centralización de los recursos en el Distrito Federal y en el Estado de México, en detrimento del resto del país.
- El tratamiento de los trastornos mentales en el Seguro Popular no ha sido estudiado a profundidad, ni por la Secretaría de Salud ni por otros organismos externos. El primer obstáculo para un estudio más a profundidad reside en la falta de datos e información estadística del Seguro Popular, cuyas cifras se confunden con las de la Secretaría de Salud aun cuando la Comisión Nacional de Protección Social en Salud ya es un órgano desconcentrado, contando con autonomía administrativa. La falta de datos es también un obstáculo gravísimo para el estudio de las políticas públicas en salud mental por parte del gobierno mismo.
- El Seguro Popular ha tenido como estrategia principal en el plano de la salud mental la compra de antidepresivos y antipsicóticos. Prueba de esto es el aumento en número de dosis de medicamento compradas (más del 77% de 2010 a 2012), y la cantidad de dinero gastada en este rubro (casi el 300% del 2010 al 2012). Recordemos que, durante este mismo período, la cantidad de familias afiliadas al

Seguro Popular creció sólo un 30%. Es de pensar que el Seguro Popular alcanzará su techo de afiliación en un tiempo relativamente corto: las personas que aún no se encuentran dentro de algún esquema de salud se calculan en 7 millones. Será interesante observar si la tendencia al alza en la compra de los medicamentos revisados en este trabajo se mantiene, y a qué nivel, en el futuro cercano, cuando este techo en la afiliación comience a ser más evidente.

- De los 27 medicamentos estudiados, sólo uno mostró una reducción (mínima, de casi el 5%) en la compra de dosis de 2010 al 2012.
- Es interesante ver cómo parece cambiar el paradigma en lo referente a los hospitales psiquiátricos, sugiriendo que las internaciones se reducen de a poco. Como vimos, algunos países incluso se ponen como meta el cierre de los psiquiátricos. Sin embargo, sería ingenuo pensar que el cierre de los psiquiátricos resolverá los problemas de salud mental de un grupo de personas. El hecho de que algunos de estos psiquiátricos se transformen en centros temporales de atención no implica que estos nuevos órganos no deban ser vigilados, tanto para garantizar los derechos humanos de las personas que allí asistan como para evitar que los abusos y características negativas de los manicomios simplemente se repliquen bajo un nombre diferente.
- Los medicamentos estudiados cuentan con efectos secundarios potencialmente mortales cuyo tratamiento, además, no está cubierto por el Seguro Popular. Por ejemplo, el daño en el sistema extrapiramidal del cuerpo puede acarrear graves consecuencias motrices para el paciente, incapacitándolo incluso de por vida. Estas consecuencias no deseadas rompen, por supuesto, con uno de los fines del Seguro Popular, que es el de evitar el círculo enfermedad-pobreza-enfermedad. Aún más importante, estas consecuencias muestran con claridad que la práctica médica no puede arrogarse el derecho a monopolizar los servicios de salud bajo argumentos técnicos.

- Algunos estudios (pocos en número) han incluso mencionado que puede haber consecuencias ambientales por el uso de estos medicamentos. Aunque este suceso en México aún no ha sido investigado, vale la pena tomarlo en cuenta tanto para trabajos futuros como para la detección temprana e incluso la detención de efectos nocivos al ambiente provocados por los medicamentos.
- Todos estos puntos parecen ir en contra del derecho constitucional a la protección de la salud, mencionado anteriormente. Se sugiere, así, que la “protección de la salud” no implica, para el Seguro Popular, la atención de los efectos secundarios de los medicamentos que allí mismo se recetan; de esta manera, no se asume la responsabilidad sobre los medicamentos dados así como tampoco se reflexiona sobre las consecuencias que la práctica médica misma genera sobre los cuerpos. En relación con las reflexiones sobre la práctica médica y sus consecuencias sobre los cuerpos de los pacientes es que pueden entenderse y extenderse a este tema los conceptos de iatrogenesis retomados de Iván Illich.

Referencias

1-Bibliográficas:

- Agostini, Claudia y Ríos Molina, Andrés, *Las estadísticas de salud en México: ideas, actores e instituciones, 1810-2010*, México, UNAM y Secretaría de Salud, 2010.
- Altable, Francisco, *Humanitarismo, redención y ciencia médica en Nueva España*, [en línea], *Secuencias*, n°80, México, Universidad Autónoma de Baja California Sur, 2011. Dirección URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-03482011000200001&script=sci_arttext
- Álvarez, Rafael, *Iatrogenia y ética médica*, México, Academia Nacional de Medicina, 1978.
- Arouca, Sergio, *El dilema preventivista*, Argentina, ed. Lugar, 2008.
- Braunstein, Néstor, *Clasificar en psiquiatría*, Argentina, ed. Siglo XXI, 2013.
- Braunstein, Néstor, *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*, México, Ed. Siglo XXI, 1984.
- Calderón, José, “Arquitectura de la salud en México durante el siglo XIX”, revista *AAPAUNAM*, vol. 5 n° 2, abril-junio 2013, México.
- Cardero, María Elena y Espinosa, Guadalupe, *Empleo y empleo informal de hombres y mujeres*, [en línea] México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011. Dirección URL: http://www.inegi.org.mx/eventos/2011/Encuentro_genero/doc/20-06S4-03ElenaCardero-UNAM.pdf
- Deleuze, Gilles, *Conversaciones 1972-1990*, España, ed. Pre-Textos, 1999.
- Departamento de ciencias médicas de la Universidad de Utah, *Ritalin and cocaine: the connection and the controversy*, [en línea], Estados Unidos, 2014. Dirección URL: <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/ritalin/>
- Dolowitz, David y Marsh, David , “Learning from abroad: the role of policy-transfer in contemporary policy-making”, *Governance*, vol. 13, núm. 1, Estados Unidos, 2000.
- Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, *La salud pública y el trabajo en comunidad*, México, ed. McGraw-Hill, 2010.
- Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica*, México, ed. Siglo XXI, 2006.
- Freud, Sigmund: “El doble sentido antitético de las palabras” (1910), *Obras Completas*, T. XI, Argentina, ed. Amorrortu, 1978.
- González Pardo, Héctor y Pérez Álvarez, Marino, *La invención de trastornos mentales*, España, ed. Alianza Editorial, 2008.
- Grogger, Jeffrey y Ome, Alejandro, *Análisis de la heterogeneidad de la protección financiera del Seguro Popular a nivel estatal*, [en línea], México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2012. Dirección URL:

http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201201_heterogeneidad.pdf

- Gudynas, Eduardo, “La ecología política de la crisis global y los límites del capitalismo benévolo”, *Revista de Ciencias Sociales*, n° 36, enero, Ecuador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2010.
- Herodoto de Halicarnaso, *Los nueve libros de la Historia* [en línea], Brasil, 2006, Dirección URL: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2011/los_9librosh.pdf .
- Illich, Ivan, “Brave new biocracy: health care from womb to tomb”, [en línea], *New perspectives quarterly*, núm.1, vol. 11, Estados Unidos, Wiley, 1994. Dirección URL: http://www.davidtinapple.com/illich/1994_biocracy.html.
- Illich, Iván, *Obras completas* (2 vols.), México, Fondo de Cultura Económica, 2008.
- Illich, Iván, *Energía y equidad*, México, Editorial Posada, 1980.
- Illich, Iván, *La sociedad desescolarizada*, Argentina, Editorial Godot, 2011
- Illich, Iván, *Némesis médica*, México, ed. Joaquín Mortiz, 1978.
- Kluckhorn, Clyde, *et. al.* (coord.), *Personality in nature, society and culture*, Estados Unidos, Editorial Knopf, 1956.
- Lander, Edgardo, “Los límites del planeta y la crisis civilizatoria. Ámbitos y sujetos de las resistencias”, [en línea], 2013 Dirección URL: <http://es.scribd.com/doc/133032917/Los-limites-del-planeta-y-la-crisis-civilizatoria-Edgardo-Lander-pdf> .
- Marinescu, Ioana y Azuara, Oliver, *La informalidad del empleo y la expansión de los sistemas de protección social. El caso de México*, [en línea], México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2010. Dirección URL: http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201002_informalida.d.pdf
- Medina-Mora Icaza, María Elena, *et.al.*, “Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México”, [en línea], *Salud Mental*, vol.33, n°4, México, 2010. Dirección URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400001 .
- Medina-Mora Icaza, María Elena, *et.al.*, “Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México”, [en línea], *Salud Mental*, vol. 33, n°3, México, 2010. Dirección URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000300001 .
- Mendizábal Bermúdez, Gabriela (coord.), *La atención a la salud en México*, México, ed. Fontamara y Universidad Autónoma del Estado de México, 2010.
- Minoletti, Alberto y Zaccaria, Alessandra, “Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia”, [en línea], *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.18, n°4-5, Chile, 2005. Dirección URL:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900015#fig1 .

- Miranda, Alfonso (coord.), *Evaluación costo-efectividad del programa U005 Seguro Popular*, [en línea], México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2012. Dirección URL: http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/CE12_SPS_S_IF.pdf .
- Newschaffer, Craig, *et.al.*, “The epidemiology of autism spectrum disorders”, [en línea], *Annual review of public health*, Estados Unidos, Johns Hopkins University, 2007. Dirección URL: <http://idea.library.drexel.edu/bitstream/1860/2632/1/2006175339.pdf>
- O'Connor, James, “¿Es posible el capitalismo sostenible?”, *Papeles de Población*, n° 24, abril-junio, México, Universidad Autónoma del Estado de México, 2000.
- Parsons, Talcott, *El sistema social*, España, Alianza Editorial, 1999.
- Passos Nogueira, Roberto, *La salud que hace mal*, Argentina, ed. Lugar, 2008, 1° edición.
- Paulissian, Robert, “Medicine in Ancient Assyria and Babylonia”, [en línea], *Journal of Assyrian Academic Studies*, vol. 5, núm. 1, Estados Unidos, 1991, p.4. Dirección URL: <http://www.jaas.org/edocs/v5n1/Paulissian.pdf> .
- Ríos Molina, Andrés, *La locura durante la Revolución Mexicana: Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009.
- Rivera de los Santos, Francisco, *et.al.*, “Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud”, [en línea], *Revista Española de Salud Pública*, vol. 85 n°2, España, 2011. Dirección URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000200002&script=sci_arttext .
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia y Rodríguez Pérez, Martha Eugenia, “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”, [en línea], *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 2, México, Facultad de Medicina-UNAM. Dirección URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000200002 .
- Roudinesco, Élisabeth, *El paciente, el terapeuta y el Estado*, Argentina, ed. Siglo XXI, 2005.
- Sorín, Miguel, *Iatrogenia, problemática general*, Argentina, Ed. El Ateneo, 1975.
- Stamatelatos, K., *et.al.*, “Pharmaceuticals and health care products in wastewater effects: the example of carbamazepine”, [en línea], *Waterscience and technology*, vol. 3, n°4, Estados Unidos, 2003. Dirección URL: <http://web.archive.org/web/20050524062315/http://www.iwaponline.com/ws/00304/0131/003040131.pdf> .

- Talarn, Antoni (comp.), *Globalización y salud mental*, España, ed. Herder, 2007.
- Teruel, Graciela, *et.al.*, *Estudio sobre los efectos del Seguro Popular en la utilización de servicios médicos y en la salud de los afiliados*, [en línea] México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2012. Dirección URL: http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201201_efectos.pdf
- Vázquez-Bourgón, Javier, *et.al.*, “Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves”, [en línea], *Actas españolas de psiquiatría*, n°40, vol. 6, España, 2012. Dirección URL: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/80/ESP/14-80-ESP-323-332-371775.pdf>
- Wildavsky, Aaron, “Doing better and feeling worse: the political pathology of health policy”, *Daedalus*, vol. 106, no. 1, Estados Unidos, MIT Press, 1977.
- Yáñez Campero, Valentín, *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*, México, Instituto Nacional de Administración Pública, 2000.

2-Hemerográficas:

- Aldridge, Gemma, “See Josie Cunningham interview on her abortion u-turn”, [en línea], *Daily Mirror*, 26 de abril de 2014. Dirección URL: <http://www.mirror.co.uk/news/uk-news/josie-cunningham-abortion-felt-baby-3464103>
- Assadourian, Erik, “Baby formula has no place in a sustainable future”, [en línea], Reino Unido, *The Guardian*, 3 de febrero de 2014. Dirección URL: <http://www.theguardian.com/sustainable-business/baby-formula-industry-combated-sustainable-future>
- Brooks, Megan, “Top 100 selling drugs of 2013”, [en línea], *Medscape*, 30 de enero de 2014. Dirección URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/820011#1>
- Cruz, Ángeles, “El destino de la salud, atado a la reforma hacendaria integral (Entrevista a Julio Frenk Mora)”, [en línea], *La Jornada*, 4 de febrero de 2001. Dirección URL: <http://www.jornada.unam.mx:8080/2001/02/04/006n1pol.html>
- Elliot, Carl, “The deadly corruption of clinical trials”, [en línea], *Mother Jones*, septiembre/octubre 2010. Dirección URL: <http://www.motherjones.com/environment/2010/09/dan-markingson-drug-trial-astrazeneca?page=1>
- Harris, Gardner, “Lilly said to be near \$1.4 billion U.S. settlement”, [en línea], *The New York Times*, 14 de enero de 2009. Dirección URL: http://www.nytimes.com/2009/01/15/business/15drug.html?_r=0
- Ingram, David, “Johnson & Johnson to pay \$2.2 billion to end US drug probes”, [en línea], *Reuters*, 4 de noviembre de 2013. Dirección

URL:<http://www.reuters.com/article/2013/11/04/us-jnj-settlement-idUSBRE9A30MM20131104> .

- Kliff, Sarah, “We spend \$750 billion on unnecessary health care”, [en línea], Estados Unidos, *The Washington Post*, 7 de septiembre de 2012. Dirección URL: <http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2012/09/07/we-spend-750-billion-on-unnecessary-health-care-two-charts-explain-why/7/> .
- Marías, Javier, “Lo mejor es no haber nacido”, [en línea], España, *El País*, 16 de junio de 2013. Dirección URL: http://elpais.com/elpais/2013/06/14/eps/1371220069_705981.html
- Rochman, Bonnie, “Why cheaper genetic testing could cost us a fortune”, [en línea], Estados Unidos, *Time*, 26 de octubre de 2012. Dirección URL: <http://healthland.time.com/2012/10/26/why-cheaper-genetic-testing-could-cost-us-a-fortune/>.
- Stein, Rob, “U.S. apologizes for newly revealed syphilis experiments done in Guatemala”, [en línea], Estados Unidos, *The Washington Post*, 1 de octubre de 2010. Dirección URL: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/10/01/AR2010100104457.html>.
- Thomas, Katie, “Glaxo agrees to pay \$3 billion in fraud settlement”, [en línea], *The New York Times*, 2 de Julio de 2012. Dirección URL: <http://www.nytimes.com/2012/07/03/business/glaxosmithkline-agrees-to-pay-3-billion-in-fraud-settlement.html> .

3- Informes:

- Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, *Principios para la Protección de las personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental*, [en línea], 17 de diciembre de 1991. Dirección URL: <http://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>[Consulta: 8 de septiembre de 2013].
- Auditoría Superior de la Federación, *Informe del resultado de la fiscalización superior de la cuenta pública 2011: Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, [en línea], México, 2011. Dirección URL: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Desarrollo_Social/2011_04_26_a.pdf .
- Auditoría Superior de la Federación, *Informe del resultado de la fiscalización superior de la cuenta pública 2012: Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, [en línea] México, 2012. Dirección URL: http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2012i/Documentos/Auditorias/2012_026_8_a.pdf .

- Comisión Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*, [En línea], México, 2012. Dirección URL: <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Afiliación histórica*, [en línea], México, 2013. Dirección URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=552&Itemid=481
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Libro Blanco del Sistema de Protección Social en Salud 2006-2012*, México, 2012.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Matriz de Indicadores de Resultados: Reporte del segundo trimestre del 2012*, [en línea], México, 2012. Dirección URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/Gobiernoabierto/matriz_indicadores/2o_trim_rep2012.pdf.
- Dirección General de Información en Salud, *Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas, 2004-2007*, [en línea], México, Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Dirección URL: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>.
- Ministerio de Salud de la República Argentina, *Plan Nacional de Salud Mental*, [en línea], Argentina, 2013. Dirección URL: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/noticias/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf.
- Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil: “Programa de Volta para Casa”, [en línea], Brasil, sin fecha. Dirección URL: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf.
- National Institutes of Health, congreso *NIH Consensus development conference on acupuncture*, [en línea] Estados Unidos, 3 - 5 de noviembre de 1997. Dirección URL: <http://consensus.nih.gov/1997/1997acupuncture107program.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud, *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*, [en línea], Tailandia, 2005. Dirección URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre el sistema de salud mental en México*, México, OMS, 2011.
- Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre los sistemas en salud mental en América del Sur mediante el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental*, Estados Unidos, 2007.
- Organización Mundial de la Salud, *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*, España, Editores Médicos S.A., 2005.

- Organización de Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, [en línea], 3 de enero de 1976 Dirección URL: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm> .
- Organización Panamericana de la Salud, *Código Sanitario Panamericano*, [en línea] firmado en La Habana, Cuba, el 14 de noviembre de 1924. Dirección URL: <http://www1.paho.org/spanish/sanitarycode.htm>.
- Organización Panamericana de la Salud, *Declaración de Alma-Ata*, [en línea], en Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, URSS (actual Almaty, Kazajistán), 6-12 de septiembre de 1978. Dirección URL: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
- Organización Panamericana de la Salud, *Declaración de Caracas*, [en línea], Venezuela, 1990. Dirección URL: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf.
- Secretaría de Salud, *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud*, [en línea], México, 2007. Dirección URL: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia_nacional.pdf .
- Secretaría de Salud, *Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2011*, [en línea], México, 2011. Dirección URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/estudio_de_satisfaccion_2011.pdf .
- Secretaría de Salud, *Evolución de carteras*, [en línea], México, 2013. Dirección URL: http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/archivos/evolucion_carteras.pdf [Consulta: 4 de marzo de 2014].
- Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, [en línea], México, 2007. Dirección URL: http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/245144/702439/file/PROGRAMA_NACIONAL_SALUD%202007%202012.pdf .
- Secretaría de Salud, *Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos*, [en línea], México, 2005. Dirección URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf> .

4-Documentos normativos:

- Bando de Policía y Buen Gobierno del 7 de febrero de 1825, México. Dirección URL: http://www.biblioteca.tv/artman2/publish/1825_120/Bando_de_policia_y_buen_gobierno.shtml .

- Constitución de la Organización Mundial de la Salud, [en línea], Organización de las Naciones Unidas, 2006. Dirección URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf .
- Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 7 de febrero de 1984.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 31 de marzo de 2007.
- Ley de Salud Mental del Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal, Ciudad de México, México, 23 de febrero de 2011.
- Ley del Seguro Social, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 21 de diciembre de 1995.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, México, 5 de abril de 2004.

5-Conferencias y ponencias:

- Blume, Stuart, seminario presencial breve “Challenges to medical authority”, presentado el 19 de febrero de 2014, Instituto 17, Ciudad de México. Ver descripción en <http://17edu.org/extension/49-extension-academica/en-presencia/788-lay-challenges-to-medical-authority>
- Illich, Iván, *Health as one own's responsibility: No, thank you!*, [en línea] ponencia presentada en Hanover, Alemania, 14 de septiembre de 1990. Dirección URL: http://www.davidtinapple.com/illich/1990_health_responsibility.PDF

6-Páginas web:

- Página oficial de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos: www.fda.gov
- Página web de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, [en línea]. Dirección URL: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=381

Anexos

Anexo 1, Familias afiliadas al Seguro Popular (2010-2012)¹:

Estado	2010	2011	2012
Aguascalientes	140,341 (0.89%)	173,214 (0.87%)	182,311 (0.88%)
Baja California	350,898 (2.22%)	530,785 (2.67%)	539,173 (2.62%)
Baja California Sur	60,177 (0.38%)	75,819 (0.38%)	81,579 (0.39%)
Campeche	149,795 (0.95%)	181,869 (0.91%)	191,937 (0.93%)
Coahuila	226,324 (1.43%)	251,282 (1.26%)	275,343 (1.34%)
Colima	113,310 (0.71%)	127,627 (0.64%)	127,760 (0.62%)
Chiapas	1,060,403 (6.72%)	1,220,340 (6.15%)	1,251,983 (6.09%)
Chihuahua	408,934 (2.59%)	485,184 (2.44%)	522,241 (2.54%)
Distrito Federal	723,066 (4.58%)	1,002,479 (5.06%)	1,095,889 (5.33%)
Durango	189,035 (1.19%)	275,010 (1.38%)	287,687 (1.40%)
Guanajuato	878,324 (5.57%)	1,086,049 (5.48%)	1,120,283 (5.45%)
Guerrero	631,935 (4.00%)	791,554 (3.99%)	808,805 (3.93%)
Hidalgo	480,108 (3.04%)	572,545 (2.88%)	591,419 (2.87%)
Jalisco	714,850 (4.53%)	1,063,613 (5.36%)	1,084,604 (5.27%)
México	2,115,527 (13.42%)	2,496,964 (12.60%)	2,551,785 (12.42%)
Michoacán	558,252 (3.54%)	837,772 (4.22%)	885,384 (4.30%)
Morelos	294,856 (1.87%)	382,464 (1.93%)	390,064 (1.89%)
Nayarit	213,046 (1.35%)	257,746 (1.30%)	264,926 (1.28%)
Nuevo León	353,369 (2.24%)	443,768 (2.23%)	468,108 (2.27%)
Oaxaca	740,970 (4.70%)	965,727 (4.87%)	991,566 (4.82%)
Puebla	782,510 (4.96%)	1,170,334 (5.90%)	1,181,055 (5.74%)
Querétaro	251,794 (1.59%)	313,112 (1.58%)	332,207 (1.61%)
Quintana Roo	198,847 (1.26%)	242,914 (1.22%)	257,815 (1.25%)
San Luis Potosí	416,882 (2.64%)	497,859 (2.51%)	533,878 (2.59%)
Sinaloa	348,173 (2.20%)	391,460 (1.97%)	407,993 (1.98%)
Sonora	270,919 (1.71%)	348,889 (1.76%)	367,492 (1.78%)
Tabasco	519,253 (3.29%)	593,877 (2.99%)	607,488 (2.95%)
Tamaulipas	451,640 (2.86%)	528,501 (2.66%)	549,429 (2.67%)
Tlaxcala	261,638 (1.66%)	307,542 (1.55%)	337,230 (1.64%)
Veracruz	1,337,960 (8.48%)	1,567,910 (7.91%)	1,595,573 (7.76%)
Yucatán	273,781 (1.73%)	328,866 (1.65%)	349,698 (1.70%)
Zacatecas	243,888 (1.54%)	298,274 (1.50%)	311,657 (1.51%)
Total	15,760,805	19,811,349 (+25.77%)	20,544,362 (+3.69%)

¹ Recién hasta el 2011 se contaron, además de las familias afiliadas, a los individuos. Para poder realizar una correspondencia entre 2010, 2011 y 2012, se prefirió entonces utilizar el número de familias beneficiadas. Para el caso del 2010 y 2011, se usó el reporte para el segundo semestre del año; en el 2012, por falta de información, se debió utilizar el del primer semestre. Fuente: Página web de la CNPSS. Revisado el día 05/03/2014.

Anexo 2, Anexo estadístico:

Medicamento	Año	Dosis compradas	Gasto (pesos)
Atomoxetina	2010	634	279,192.15
	2011	29,627	10,953,157.82
	2012	40,952	17,277,576.79
	D. 2010-2012 (%)	6,359.30	6,088.41
Metilfenidato	2010	15,953	1,335,775.07
	2011	66,289	12,680,806.36
	2012	92,134	15,802,470.16
	D. 2010-2012 (%)	477.53	1,083.01
Carbamazepina	2010	1,172,323	8,293,492.62
	2011	1,339,199	9,198,442.36
	2012	1,833,748	12,245,591.83
	D. 2010-2012 (%)	56.42	47.65
Valproato de magnesio	2010	444,636	18,259,401.70
	2011	699,776	29,347,320.84
	2012	818,234	34,632,515.04
	D. 2010-2012 (%)	84.02	89.66
Clonazepam	2010	177,099	3,831,970.70
	2011	303,478	7,605,361
	2012	305,430	8,961,586.60
	D. 2010-2012 (%)	72.46	133.86
Risperidona	2010	76,375	20,366,758.34
	2011	112,454	40,416,011.52
	2012	238,944	55,118,379.41
	D. 2010-2012 (%)	212.85	34.85
Haloperidol	2010	66,619	1,713,236.49
	2011	120,648	3,390,381.49
	2012	123,622	8,398,225.12
	D. 2010-2012 (%)	85.56	490.19
Sertralina	2010	111,548	11,213,720.47
	2011	253,454	33,689,762.06
	2012	295,088	41,214,931.32
	D. 2010-2012 (%)	164.53	267.54

Fluoxetina	2010	364,969	3,625,124.50
	2011	526,291	5,022,849.16
	2012	588,967	5,036,923.25
	D. 2010-2012 (%)	61.37	38.94
Lorazepam	2010	323	85,272.00
	2011	30,494	1,971,557.55
	2012	14,853	1,097,249.76
	D. 2010-2012 (%)	4,498.45	1,186.76
Biperideno	2010	49,177	1,877,822.63
	2011	148,769	4,845,202.62
	2012	89,642	3,233,526.45
	D. 2010-2012 (%)	82.28	72.19
Valproato semisódico	2010	430	158,553.66
	2011	24,708	3,525,712.30
	2012	19,350	9,066,895.97
	D. 2010-2012 (%)	4400	5,618.50
Alprazolam	2010	2,081	237,251.09
	2011	155,739	30,850,660.72
	2012	65,789	7,400,267.56
	D. 2010-2012 (%)	3,061.41	3,019.17
Olanzapina	2010	3,371	3,675,960.78
	2011	29,500	23,215,305
	2012	67,501	51,025,714.41
	D. 2010-2012 (%)	1,902.40	1,288.09
Citalopram	2010	232	40,800.82
	2011	11,687	1,243,094.85
	2012	30,564	3,061,990.73
	D. 2010-2012 (%)	13,074.13	7,404.72
Imipramina	2010	6,106	120,805
	2011	17,029	250,573.58
	2012	28,437	288,077.51
	D. 2010-2012 (%)	365.72	138.46

Venlafaxina	2010	204	13,676.16
	2011	15,502	2,152,610.71
	2012	35,717	2,911,346.69
	D. 2010-2012 (%)	17,408.33	21,187.74
Amitriptilina	2010	33,767	442,575.75
	2011	41,135	432,284.07
	2012	54,892	1,047,260.74
	D. 2010-2012 (%)	62.56	136.62
Litio	2010	9,785	206,981.91
	2011	13,807	267,167.31
	2012	21,748	480,635.22
	D. 2010-2012 (%)	122.25	132.21
Quetiapina	2010	485	549,190.00
	2011	6,898	5,566,857.10
	2012	12,752	11,350,076.50
	D. 2010-2012 (%)	2,529.27	1,966.69
Propranolol	2010	517,623	3,128,231.70
	2011	574,461	3,510,871.30
	2012	493,470	3,113,539.20
	D. 2010-2012 (%)	-4.66	0.46
Paroxetina	2010	13,202	233,159.60
	2011	71,035	865,307.17
	2012	78,386	839,720.02
	D. 2010-2012 (%)	493.74	260,14
Perfenazina	2010	nd	nd
	2011	214	14,714.18
	2012	2206	347,721.26
	D. 2011-2012 (%)	930,84	2,263.17
Levomepromazina	2010	2,961	175,693.10
	2011	12,908	670,207.17
	2012	57,352	770,455.18
	D. 2010-2012 (%)	1,836.91	338.52

Clozapina	2010	1,565	1,600,631.06
	2011	7,071	3,613,229.07
	2012	9,977	10,191,770.61
	D. 2010-2012 (%)	537.50	536.73
Aripiprazol	2010	377	466,864.50
	2011	8,636	5,905,068.80
	2012	16,019	16,253,618.06
	D. 2010-2012 (%)	4,149	3,381.44
Trifluoperazina	2010	7,511	341,280.25
	2011	11,518	428,195.33
	2012	18,008	619,095.41
	D. 2010-2012 (%)	139.75	81.40

N.B.: Buscando información sobre la compra de medicamentos, aparecieron algunos datos realmente extraños en la compra de algunos medicamentos para Sonora. Estos datos extraños surgieron en 7 medicamentos de los anteriormente estudiados y presentes en el anexo estadístico 2, y todos los casos pertenecen a compras realizadas durante el primer semestre del 2011:

Medicamento		Dosis compradas	Gasto (pesos)
Clozapina	Total México	93,122	80,340,440.89
	Sonora	88,900	78,942,600.00
	Dif Méx - Son	4,222	1,397,840.89
Valproato semisódico	Total México	1,328,205	524,708,910.03
	Sonora	1,327,200	524,244,000.00
	Dif Méx - Son	1,005	464,910.03
Olanzapina	Total México	1,305,430	1,011,786,428.00
	Sonora	1,297,400	1,005,485,282.00
	Dif Méx - Son	8,030	6,301,146.00
Citalopram	Total México	654,803	61,222,330.80
	Sonora	654,500	61,195,750.00
	Dif Méx - Son	303	26,580.80

Venlafaxina	Total México	76,480	5,305,419.46
	Sonora	73,194	4,737,639.04
	Dif Méx - Son	3,286	567,780.42
Quetiapina	Total México	917,044	729,070,744.90
	Sonora	914,250	726,828,750.00
	Dif Méx - Son	2,794	2,241,994.90
Aripiprazol	Total México	280,228	258,892,316.62
	Sonora	277,865	256,702,412.00
	Dif Méx - Son	2,363	2,189,904.62

De acuerdo con funcionarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Sonora, con quienes estuve en contacto telefónico por casi dos meses, todo se debe a un error a la hora de pasar la información al Excel (en algunos casos, los supuestos montos pagados por medicamentos superan el presupuesto total del REPSS de Sonora). Para constatar los datos, pedí a través del sistema Infomex Sonora que se me proporcionaran copias de algunos contratos firmados entre el REPSS de Sonora y las farmacéuticas que proveyeron esos medicamentos. La solicitud de información con número de folio 00262414 fue contestada recientemente; tal parece que el error provino de tomar la cantidad de dinero gastado y ponerlo en la parte de dosis compradas. Por ejemplo, tomando la clozapina, el Estado de Sonora firmó contratos por \$88,900 durante el 2011, y después este número se utilizó de forma errónea para poner la cantidad de dosis compradas.

De esta manera, y viendo que los números reportados eran muy raros, en el anexo estadístico completo *no* se tomaron en cuenta los datos de Sonora en 2011 para los 7 medicamentos anteriormente señalados (clozapina, valproato semisódico, olanzapina, citalopram, venlafaxina, quetiapina y aripiprazol).