



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

TESIS DOCUMENTAL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA DIVISIÓN DE SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN DEL
MUNICIPIO DE ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO
Y SUS FACTORES DE VULNERABILIDAD

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN

MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ CORONADO
SUSANA VARGAS SOLÍS

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NUÑEZ

JURADO
DR. GERMÁN ÁLVAREZ DÍAZ DE LEÓN
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
MTRA. PAULA CHÁVEZ SANTAMARINA
MTRA. ESTHER GONZÁLEZ OVILLA



CD.MX.

2018



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.

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
Capítulo 1	15
Salud Pública y la Psiquiatría en México	15
1.1.1 El inicio de La Salud Mental en México Prehispánico.....	17
1.1.3. Hospital del Divino Salvador o de la Canoa.....	18
1.1.4. Hospital de La Castañeda.....	22
1.1.5. Las Primeras Instituciones De Asistencia a los Enfermos Mentales en los Estados de la República Mexicana.	25
1.2 Antecedentes Históricos de los Servicios de Salud a Finales siglo XIX.	28
1.2.1. El Consejo de Salubridad.	29
1.2.2. La situación Social y Política de México a Principios del Siglo XX.....	33
1.3 El impulso de la Atención Psiquiátrica en el México Moderno.....	37
1.4.....	45
Legislación, Políticas Públicas y Salud Mental en México.....	45
Capítulo 2	51
Políticas Públicas en Salud Mental en México.	51
2.1. Conceptualización de Políticas Públicas.....	52
2.2. La Organización Mundial de la Salud (OMS)	57
2.2.1. Una mirada de la OMS en México en materia de Salud Mental.....	58
2.3. Calidad de Vida y Enfermedades Mentales.....	67
2.4. Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018.....	69
2.4.1. Programa de Acción en Salud Mental (PAE) en Salud Mental.....	74
Capítulo 3	85
El Estado de México sus indicadores sociales y los servicios de Salud Mental.	85
EL ESTADO DE MÉXICO	87
3.1 Informe Territorial.....	87
3.1.1. Ubicación geográfica	88
3.1.2. Hidrografía y Orografía.....	89
3.2. Plan Estatal de Desarrollo 2011 - 2017.....	91

3.3. Población	92
3.2.1. Características Demográficas.....	93
3.4. Indicadores de Desarrollo Social	94
3.4.1. Pobreza en el Estado de México	97
3.4.2. Rezago Social	99
3.4.3. Índice de marginación	102
3.4.4. Rezago Educativo	104
3.4.5. Incidencia Delictiva del Fuero Común	106
3.4.6. Violencia hacia las Mujeres.....	111
3.4.7. Impunidad en el Estado de México.....	114
3.5. Servicios de Salud en el Estado de México	119
3.6. La Salud Mental en el Estado de México	122
3.6.1. Prevalencia de las enfermedades mentales en el Estado de México.....	123
3.6.2. Recursos Materiales en Salud Mental	125
3.5.3. Recursos Humanos en la Salud Mental en el Estado de México	128
3.6.4. Programas que Atienden la Salud Mental en el Estado de México.....	128
Capítulo 4	138
Factores de vulneración de la población y sus determinantes en el Municipio de Ecatepec de Morelos	138
4.1. Plan Municipal de Ecatepec de Morelos.....	139
4.2. Indicadores de Desarrollo Social	140
4.2.1. Población.....	140
4.2.2. Índice de Desarrollo Humano (IDH)	141
4.2.3. Pobreza	141
4.2.4. Educación.....	142
4.3. Procuración de Justicia	143
4.3.1. Policía de Mando Único	144
4.4. Alerta de Género en el Municipio de Ecatepec.	145
4.5. Servicios de Salud	147
4.6. Servicios de Salud Mental	148
4.6.1. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud Mental y la LIX Legislatura.	153
4.6.2. Factores de Riesgo Relacionados con la Vulnerabilidad de la Comunidad como Causa De Los Trastornos Mentales.....	154
DISCUSION Y CONCLUSIONES	162
REFERENCIAS	169

Romper cadenas, costumbres y patrones establecidos socialmente, han sido tareas de aquellos a quienes llaman *rebeldes*, para que esto suceda; no basta una gran voluntad sino también de alguien, que cree, confíe y facilita a quien se atreve a cruzar esa brecha;
a ti, **Héctor Valdés**
mi amado compañero y cómplice
dedico este trabajo.

Agradezco

A Dios, por mi vida y las oportunidades que me ha dado.

A mis hijos

Héctor Martín y Juan Carlos,
por ser y estar en mi vida.

A mis Sobrinos

Claus, Irving, Lupita, Brenda, Rodrigo
que han sabido recibir la semilla
que he sembrado, y en algún momento de su vida
no abandonaron sus estudios.

A mi sobrhija

Frida por figurar en mi vida y recibir mi presencia en la suya.

A mis hermanos

Miguel Ángel, el primer rebelde de la familia,
dejaste semilla en mí, Chivita (donde estés),
Marco, Sergio, Juan Ramón y Pily
por darme un lugar en su vida.

A mis padres

Que donde estén, sonrían complacidos
al mirar esta hija *rebelde* que los ama.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y
A la Facultad de Psicología

Por facilitar a cada estudiante cumplir sus sueños.
A mi alma máter mi compromiso y fuerza profesional.

María del Carmen Ramírez Coronado

*“Sólo le pido a Dios que lo injusto no me sea indiferente,
que la reseca muerte no me encuentre
vacía y sola sin haber hecho lo suficiente ...”*

Dedico este trabajo a:

Mis padres, mis padrinos, hermana y hermanos de vida.

Agradezco a:

Las instituciones que haciendo su trabajo se compiló el presente. A mi compañera de viaje, Mary Carmen, sus recursos y, finalmente a nuestra mentora Mary Carmen Montenegro que en su sabiduría, experiencia, consejo y estímulo, logro en nosotras las habilidades para desarrollar y concluir esta investigación de grado. Maestros y Doctores revisores, mi gratitud por su amable tiempo y observaciones que animaron a reflexionar las conclusiones y perfeccionaron nuestro aprendizaje y trabajo final.

Gracias a mis compañeros de la carrera, en la Clínica de Atención Psicológica Guillermo Dávila donde aprendí de académicos y alumnos la responsabilidad de cuidar, mantener la salud mental y a la persona misma.

A los que creyeron poder escapar de esta lista, saben que están en mi corazón. Los amo.

Agradezco a mi familia el sacrificio que estos años implicó. Todo está completo y terminado.

Susana Vargas S.

“Si he visto más lejos es porque estoy sentado sobre los hombros de gigantes”

Isaac Newton.



La Salud Mental

de la Población Del Municipio de

Ecatepec, Estado de México

y sus Factores de Vulnerabilidad

RESUMEN

El primer Programa de Acción en Salud Mental emitido en México en el año 2001, señala que existe una epidemia de los trastornos mentales, y que sin duda repercuten en las funciones biológicas y psicosociales de los individuos; también muestra como éstos se encuentran íntimamente relacionados con las transiciones socio demográficas, económicas, culturales, tecnológicas y políticas que atraviesa el país y afectan a la población.

La Organización Mundial de la Salud concibe a la Salud Mental como tema que habrá de formar parte esencial de la agenda de salud, México no quedaría exento a estos temas, emitiendo una serie de respuestas para dar solución a los problemas de Salud, incluyendo a la Salud Mental. Al hablar de vulnerabilidad social, reconoceremos el conjunto de aspectos individuales, colectivos y contextuales que propician mayor susceptibilidad a la enfermedad, y una mayor o menor disponibilidad de recursos para protegerse, la vulnerabilidad psíquica será parte fundamental de este análisis, ya que no sólo se refiere al riesgo a desarrollar trastornos mentales, también remite a la dimensión subjetiva de una situación de indefensión expresada en la precariedad o falta de recursos para afrontar la situación que viven en lo cotidiano.

El presente trabajo de investigación documental, tiene como objetivo dar a conocer los aspectos determinantes que viven los habitantes del municipio de Ecatepec, principalmente el índice de marginación y rezago social se encuentran en un nivel muy bajo, y aproximadamente el 80% de la población viven en condiciones de vulnerabilidad, dentro de estos indicadores se hallan los servicios de Salud y Salud Mental, específicamente insuficientes para un municipio tan denso.

Por tanto, es necesario reconocer la participación activa de los Profesionales en Psicología, como parte del equipo multi disciplinario en instituciones gubernamentales y privadas de atención a la Salud Mental de una población altamente lastimada.

Palabras clave: sociedad en riesgo, políticas públicas, salud mental, Estado de México, vulnerabilidad social, Psicología comunitaria.

INTRODUCCIÓN

El inicio de la Salud Pública en México comenzó a través de las prácticas sanitarias y asistencialistas, después, vinieron las propuestas como primeros intentos de generar Políticas Públicas claras y operantes de acuerdo a la situación que vivía un país en transición, esta evolución incorporo la atención médica a una población poco asistida, limitándose la sociedad a apartarlos y a esconderlos, desde la premisa: lo que no se ve, no existe, los locos o dementes, los huérfanos, los ciegos, los pobres, los epilépticos, los alcohólicos, los melancólicos, los mudos y toda aquella conducta o manifestación que fuera anormal eran tratados de esta forma (Foucault, 1996).

Para los siglos XVII y XVIII cobran importancia los Derechos Civiles y Políticos llamados también de primera generación, propiciando el reconocimiento oficial de éstos (Los Derechos Civiles y Políticos, 2015). Actualmente existen diversas maneras de clasificar los Derechos Humanos tomando diferentes enfoques.

La clasificación más conocida de los Derechos Humanos es aquella que propone Aguilar Cuevas Magdalena (1998) quien distinguió las llamadas Tres Generaciones de los mismos, basados en la progresiva cobertura de los Derechos Humanos con un enfoque periódico. Al hablar de la primera generación se sabe que se refieren a aquellos que surgieron de la Revolución Francesa por el descontento del gobierno absolutista, aquí se describen los derechos civiles y políticos donde exigen al estado el respeto de los derechos fundamentales de los seres humanos como lo son a la vida, a la igualdad y a la libertad.

La segunda generación habla de los Derechos de tipo Colectivo, Social, Económicos y Culturales, que surgieron como resultado de la Revolución Industrial. En México, la Constitución de 1917 incluyó los Derechos Sociales por primera vez, siendo el artículo 4º Constitucional en su tercera modificación en el año de 1983, donde se instituyó el Derecho a la Protección de la Salud.

La tercera generación se formó con los llamados Derechos de los Pueblos o de Solidaridad, que surgieron en nuestro tiempo como respuesta a la necesidad de cooperación entre las naciones (Aguilar, 1998).

En este trabajo de investigación ha de tomarse en cuenta la Segunda Generación de los Derechos Humanos, éstos constituyen una obligación del hacer del Estado, el cual debe satisfacer de forma gradual y de acuerdo a las posibilidades económicas las necesidades de la población; en la época post revolucionaria, el país vivió conflictos graves en la reestructura política y social, por tanto las necesidades no eran estáticas, así como las soluciones que las satisficieran, el progreso vinculó una participación en común: Sociedad y Estado.

Es en la época Porfirista cuando la salud mental de la población mexicana tomó importancia, pues se cree que la atención a la locura podía ser relacionada como señal de progreso, así se destinó una fuerte inversión para la construcción de un recinto digno que atendió a los enfermos mentales, quienes fueron considerados y atendidos sólo en nombre de la caridad, sin embargo; los recursos económicos que subsidiaron esta institución fueron insuficientes debido al movimiento revolucionario que inicio meses después de la inauguración del Hospital “La Castañeda”, primer hospital psiquiátrico formal, auspiciado totalmente por el gobierno (Rivera Garza, 2010).

Las instituciones de salud se fortalecieron con el paso del tiempo se hicieron reformas importantes, y la consolidación de la Constitución Política, que procura y garantiza el compromiso del gobierno hacia el pueblo, por tanto; la atención a la población se extendió procurando cubrir todo el territorio nacional con el objetivo de mejorar la calidad de vida a través de la prevención, restauración y la promoción de acciones encaminadas a la conservación de la salud de los habitantes.

Este hacer del Gobierno se realizó apegado a las propuestas de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, así como algunos de sus organismos (OMS, UNESCO, UNICEF y OIT), y la Organización de Estados Americanos (OEA), que instaron a los países miembro a fortalecer los programas de salud mental, y reformular la visión predominante hacia

la atención del enfermo psiquiátrico discapacitado en instituciones hospitalarias, también a que favorezcan y fortalezcan la atención primaria en salud mental, así como promover una mayor presencia y participación de la sociedad, tanto en el nivel individual como en la organización de grupos y asociaciones.

Las reformas en políticas asistenciales poseen bases sólidas, sin embargo; operan con escasos recursos humanos y materiales, en todo el territorio nacional se vive el progreso y a la vez la desolación de ser siempre insuficiente, en el Estado de México no es la excepción; sus casi 17 millones de habitantes experimentan un constante movimiento social que sale del control de las mismas autoridades, y mantiene a los pobladores con una sensación de inseguridad que puede estar generando estrés.

La pérdida de la salud mental está relacionada con múltiples componentes biológicos y psicosociales, por lo que es necesario analizar las transiciones sociodemográficas, culturales, económicas, tecnológicas y políticas por las que atraviesa la población, ya que a su vez y debido a estas situaciones, se genera una importante demanda de atención de las instituciones públicas, privadas y sociales, debido a lo anterior son necesarios mayores servicios de salud, así como un profundo conocimiento de la incidencia, prevalencia, y características de los trastornos mentales y de las alternativas de atención (Programa de Acción en Salud Mental, 2013 -2018).

Dentro del Programa de atención a la salud mental propuestos tanto en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018, como en los Planes Estatales y Municipales, se contempla la elaboración de programas específicos de atención a: la depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, psicopatología infantil y de la adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de Parkinson, atención psicológica en casos de desastre y Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental, la razón de concentrarse en estos padecimientos es debido a que representan la mayor morbilidad e incapacidad personal, laboral y social en la población y la mayor causa de la pérdida de la vida saludable (Programa de Acción en Salud Mental, 2013 - 2018).

La situación que vive la población de este municipio vulnerable y su relación con las enfermedades mentales prevalentes, así como los servicios de atención a la Salud Mental son los principales motivos de este estudio, para lo cual se consultaron diversos documentos oficiales expedidos por Organismos Internacionales y Nacionales, encontrándose un organigrama en la Secretaría de Salud del Estado de México que no contempla la atención a la salud mental como parte fundamental de los servicios de salud, este hecho generó una tarea titánica en la búsqueda y procesamiento de la información oficial, publicada en los medios escritos y digitales, en el portal de transparencia e INEGI.

La investigación en documentos , fue verdaderamente una experiencia enriquecedora, ya que resultó inevitable mirar los archivos y expedientes antiguos elaborados en los primeros hospitales psiquiátricos en México, y resguardados en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, ubicado en pleno Centro de la Ciudad, y que fuera el primer recinto destinado a enfermas mentales llamado Hospital del Divino Salvador o de la Canoa el cual lleva este nombre por la calle en la que estuvo ubicado, desde el año 1687 (Sacristán, 1994).

Así es como se dirige la mirada a una población vulnerable y vulnerada por la situación social en la que se encuentra.

Con el Capítulo 1 el lector conocerá las primeras formas de atención a la Salud Mental en el México prehispánico, y como en la época colonial comienza la atención asistencialista por caridad, de la cual resultó durante años ser la única manera de ayuda. Los primeros compromisos de los gobernantes para brindar atención a la población de manera profesional, la salud mental fue un rubro totalmente olvidado que toma fuerza y de manera formal el estado atendió por primera vez, tomando a su cargo la organización y sostenimiento de los primeros hospitales psiquiátricos en México, este paso por la historia de la Salud Pública en nuestro país será parte fundamental para comprender los principios que ahora rigen las acciones que deben tener los Órganos Gubernamentales en conjunto con los organismos Internacionales, instituciones privadas y la sociedad en general.

Al surgir la Secretaría de Salud se formaliza la atención médica a la población, estableciendo planes y programas que comienzan a tomar fuerza desde su inclusión formal en el Plan Nacional de Desarrollo, sin embargo, la Salud Mental ha sido un área olvidada y poco favorecida.

En el Capítulo 2 Políticas Públicas, se hace un minucioso recorrido por los acuerdos Internacionales asentados en la OMS y OPS como autoridades en salud y a los que nuestro país se circunscribe e incluye sus recomendaciones. La Constitución Mexicana desde 1927 prevé en los Artículos 4º, 25º, 26º y 69º la atención en Salud Mental a través de una planeación en manos del Presidente electo, quien asume la responsabilidad y la tarea de elaborar el Plan Nacional de Desarrollo, que a su vez emana hacia los Planes Estatal y Municipales a la par de sus propias leyes locales; sin perder de vista los principios fundamentales que respaldan las políticas públicas intrínsecamente dispuestos en el Plan de Atención en Salud Mental (PASM) y organismos internos que desempeñan y fortalecen la imprescindible función del INEGI, CEVECE en el Estado de México e instituciones de Salud públicas y privadas que proporcionan información valiosa de la población, la cual, es piedra angular para generar las políticas públicas que responden a las necesidades sociales detectadas por el Gobierno vigente.

Atendiendo el tema central de este trabajo de investigación, en el Capítulo 3 El Estado de México , sus indicadores sociales y los servicios de Salud Mental, se puede entender, como basados en las situaciones sociales y los problemas referentes a la Salud Mental, se reconoce la vulnerabilidad en la que se encuentra la población, para lo cual resulta imprescindible conocer el territorio, sus orígenes, usos, costumbres y realidad socio demográfica. El Estado de México representa casi al diez por ciento de la población total de la República Mexicana, en este capítulo se mostrarán las cifras correspondientes a los indicadores de desarrollo social, el índice de pobreza, de marginación y nivel académico de la población; pero sobre todo, la incidencia delictiva del fuero común y el nivel de impunidad que se vive en el Estado de México, estos son puntos clave en la impartición de justicia y el constante círculo vicioso que impide el progreso de la población en su conjunto.

La violencia hacia las mujeres y los feminicidio son hechos lamentables que han generado que el gobierno implemente medidas importantes, particularmente en once municipios se establece la Alerta de Género, también, se habla de desaparición forzada de mujeres y trata de personas, hechos que mantienen al Estado de México en la mira Nacional e Internacional.

Todas las problemáticas antes expuestas acotan la situación que se vive en cuanto a Salud Mental, se expone la información actualizada, así como también los planes y programas que ha implementado el Gobierno Estatal en un intento de afrontar la descomposición social que se vive, resultando siempre insuficientes estos esfuerzos, manteniendo un ambiente de desolación disfrazada de progreso.

Por ultimo en el capítulo 4 Factores de vulneración de la población y sus determinantes en el Municipio de Ecatepec de Morelos, hablaremos de Ecatepec de Morelos, municipio en condiciones de vulnerabilidad. Comenzamos analizando los indicadores de rezago social, de marginación y el de pobreza, donde se reconoce al municipio con una valoración muy baja, en cuestión de pobreza, el 19.8% de la población se encuentra en un estado no vulnerable, esto quiere decir: que aproximadamente el 80% se encuentra en un alto grado de vulnerabilidad.

Asociada a esta situación, se sabe que el municipio es considerado por las autoridades e instituciones gubernamentales como foco rojo, o comunidad en riesgo, ya que es el número uno en inseguridad pública de acuerdo al Sistema de Seguridad Pública (SNSP), los delitos del fuero común perpetrados tienen los más altos índices en todo el Estado, aquí reconocemos que en cuanto a la procuración de justicia, con la implementación de la policía de mando único se intenta fortalecer y recuperar la confianza del ciudadano hacia las autoridades.

Como resultado de lo anterior escrito, entendemos que esta aproximación a la situación que se vive en la comunidad, surge de la necesidad de ejercer la profesión de Psicología en el área clínica, por tanto revisar el contexto social, se convierte en indispensable labor para poder entender las problemáticas que se presentan en los usuarios, los cuales, rebasan nuestra capacidad de intervención en el consultorio de manera individual, por consiguiente, es pues necesario acercarse más a instituciones públicas y privadas, educativas y de la salud, que

apoyen una labor constante de información e intervención, pero principalmente en el área de la prevención, aquí el relevante papel de la Psicología en una comunidad altamente vulnerable.

Capítulo 1

Salud Pública y la Psiquiatría en México



José Clemente Orozco “*La marcha de la humanidad*”

La salud mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo.

Ha llegado la hora de que salga a la luz.

La magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades son abrumadores.

OMS 2004.

1.1. Antecedentes Históricos

Al hablar de Salud Pública, de manera inherente se tiene que abordar el tema de la beneficencia, y esto se puede ubicar en la época misma de la Colonización en México. El sentimiento religioso pudo ser en gran medida el motor de toda obra caritativa que tendría como propósito aliviar las penas y el dolor ajeno a través de fundaciones o auxilios filantrópicos.

La ocupación de brindar cobijo y atención a este segmento de la población obedeció primero, al interés de conservar a la sociedad a salvo por la peligrosidad que representaban los locos, se pudo atribuir la locura en primera instancia a la falta de fe, en los primeros años de conquista, así mismo, creían que el acercarse a las prácticas religiosas podía ser motivo de la cura de ese mal, el segundo motivo también, podría obedecer a que a través de la caridad y atención se comenzaba a detentar un gran poder sobre el control del pueblo recién conquistado.

Los locos también fueron acusados por la inquisición de herejes o endemoniados, que, de haber existido la psiquiatría habrían sido salvados de la hoguera y encerrados en un hospital, así mismo, hubieran encarcelado a asesinos que reconocían como locos, o salvado a los locos de ser encerrados en cárceles, librándolos de una condena, pero sujetándolos a otra: la de ser loco. (Sacristán, 2005).

A partir de 1821 el diagnóstico de la locura y el posible confinamiento de los pacientes eran ejecutados por instancias judiciales con la venia de sus familiares (cuando existían). Los criterios que utilizaban eran basados en la observación de comportamientos anormales quebrantando los patrones de la moralidad, recayendo dicha enfermedad comúnmente sobre aquellos que por sus condiciones marginales se encontraban altamente expuestos: alcohólicos, furiosos, desviados sexuales, mendigos y toda aquella conducta que era mal vista por la sociedad es decir fuera de lo normal, pudo considerarse al manicomio como el basurero humano, cumpliendo el manicomio su misión: aislar, guardar y desaparecer aquello que además de desagradable resultaba inútil.

Al surgir las instituciones públicas subsidiadas por el estado, se pretendió que la época de la beneficencia en México terminara, oficialmente los hospitales pertenecientes al sector público comienzan la atención a la población psiquiátrica de una manera científica, con el objetivo de rehabilitar e incorporar a los enfermos a la sociedad tanto en sus actividades cotidianas como laborales, sin embargo podemos ver que se alejan significativamente de las funciones del pasado pues en esos hospitales se acogía a los pobres, a los peregrinos y enfermos, calmando así también las necesidades espirituales ya que más que preservar la salud terrenal se buscaba la salvación espiritual, de ahí que la religión fuera el mejor auxilio frente a la enfermedad (Alvarez Fray Bernardino, 2014).

Ante la saturación del manicomio se pretenden endurecer los criterios de admisión y altas al punto de recibir únicamente a aquellos pacientes cuyas reacciones antisociales constituían un peligro, así, la definición de locura se formaba a partir de la productividad y la peligrosidad tornándose estos criterios más sociales que médicos.

El olvido o abandono por parte del Estado y Sociedad, mantiene latente el descuido de los enfermos mentales, reflejando ignorancia, temores y prejuicios de la sociedad, aún después de más de trescientos años de haber iniciado la atención a éstos. Es pues evidente la valiosa contribución que tenían las instancias involucradas como: el Estado junto con las instituciones del Sector Salud, la Sociedad, las instancias privadas también dedicadas a los enfermos mentales y familiares de éstos, en una acción continua y efectiva a favor del progreso y bienestar de un sector vulnerable y creciente de la sociedad ahora llamados enfermos psiquiátricos.

1.1.1 El inicio de La Salud Mental en México Prehispánico

Es sabido que en el México Pre hispánico la medicina tradicional se basaba en la presencia o no de los diferentes Dioses a quienes rendían culto, como lo menciona Fernando Ocaraza, Paris, 1934 en (Ramírez Moreno, 1950), reconociendo al dios Tzapotla quien precedía a la medicina general, también reconocían al Dios Xipe como quien castigara a los hombres que se manejaban mal, produciéndoles diferentes males. A saber, los aztecas eran supersticiosos y

consideraban a las personas con trastornos de la mente como seres poseídos por espíritus malignos y practicaban con ellos ceremonias religiosas aplicándoles exorcismos, abluciones¹, sacrificios humanos y tratamientos basados en herbolaria principalmente.

Sin embargo; en el siglo XVI los curanderos describieron bien las enfermedades mentales y nerviosas así como el tratamiento que ocupaban para ellas; de las obras de Flores y de Ocaraza mencionadas en (Ramírez Moreno, 1950) podemos observar que distinguieron a la locura furiosa como tlahuililocayotl, llamando al enfermo que la padecía teacilininetzi y a la locura tranquila xolopytl, sus conocimientos en herbolaria era avanzados consideraban que muchos trastornos psíquicos eran producidos por la intoxicación con hojas de tlapatz ahora conocido como toloache, el tratamiento para las enfermedades mentales cualquiera que fuera su origen era con el jugo de las hojas de tetlatlamelichatli, reconocían y diferenciaban el delirio, la melancolía, la imbecilidad y lo que ahora conocemos como neurosis, la epilepsia, la parálisis, temblores y dolores de cabeza, así, en el México Pre Hispánico comienza ya la atención a los trastornos de la mente o locura.

A mediados del siglo XVI y mediados del XVIII, en la Nueva España del Barroco, la locura no había conocido el encierro, en todo caso y si corrían con buena “suerte” la asistencia hospitalaria se hacía presente cuando la familia del insensato no podía o no querían cubrir los cuidados de los locos (Sacristán, 1994). El estado no tenía contemplado un gasto definido para estas necesidades luego, la atención principal que recibían los enfermos mentales era a través de la caridad de las personas de buen corazón y de las distintas órdenes religiosas que existían.

A continuación se hará una breve reseña de los principales hospitales dedicados a la atención de los considerados enfermos mentales.

1.1.3. Hospital del Divino Salvador o de la Canoa

Fundado por el matrimonio Sayago, a principios del año 1687 la esposa del carpintero Joseph Sayago solicita le sea permitido dar asilo a su prima María Concepción quien había ya hace

¹ Purificación ritual por medio del agua, antes de ofrecer en sacrificio un cuerpo, se creía que el agua limpiaba éste y las

tiempo perdido la razón y vivía vagando por las calles sin cuidado alguno, así comienza la obra pía de éstas personas dando asilo y asistencia a mujeres dementes, al ser aceptadas en el hospital de la Canoa, las mujeres eran declaradas incapacitadas, quedando privadas del ejercicio de sus derechos civiles y de responsabilidad criminal. Se recibían también niñas y adultas epilépticas, cuando alguna enferma tenía un hijo era enviado a la casa cuna. La población de mujeres con la que contaba el hospital procedían de la prefectura, de familias que internaban a sus familiares y hasta pagaban cuotas mensuales para estar aisladas de las demás internas.

Bajo el real patronato se hicieron varias reformas, entre ellas se construyeron 19 nuevas celdas dando mayor comodidad a las internas, se arregló la capilla y la rudimentaria enfermería, se remozaron los patios encuadrados en una bella arquería, en 1824 es declarado este hospital como Hospital General de la Federación.

Pronto se unen a su causa el sacerdote Jesuita Juan Pérez quien con limosnas apoya su causa, para 1790 les es otorgado un inmueble en renta de mayores dimensiones por el Arzobispo Francisco de Agiar y Seijas, lugar donde se tiene un registro de ingreso de 55 mujeres de las cuales murieron 26 y mejoraron 29, con la repentina muerte del arzobispo las internas quedaron desamparadas. Once años más tarde la congregación de San Vicente de Paul tomó el nosocomio a su cargo, recomendando que fueran las hermanas de la caridad quienes se hicieran cargo de las enfermas, fue tan buena la labor que realizaron que el hospital de San Hipólito les pidió se hicieran cargo de sus propios enfermos.

Con este cambio se acuerda comprar un sitio para realizar de manera más oportuna la asistencia, resulta imposible dejar pasar la participación del alienista² Dr. Miguel Alvarado quien mantuvo una infatigable labor junto con la ayuda filantrópica de varios particulares, hicieron del Hospital de la Canoa un lugar confiable, según la opinión de D. Juan de Dios Peza quien aseguraba los dormitorios y otras dependencias honrarían al mejor hospital de Europa, se

² Médico que se dedicaba al estudio y atención de la alienación mental, ésta era considerada como una alteración en el ámbito de las pasiones capaz de producir desarmonía en la mente y en la posibilidad objetiva del individuo de percibir la realidad. Pinel realizó la primera nosología de las enfermedades mentales y consolidó el concepto de alienación mental. Amarante, Paulo, (2015), Salud mental y atención psicosocial: Psicología, colección Salud Mental Colectiva, vol 7. [versión para lector digital], recuperado de <http://www.casadellibro.com/libro-salud-mental-y-atencion-psicosocial/9788494398049/2564662>

instalaron cuartos con luz azul y rojo para los enfermos excitados y deprimidos respectivamente, dándose así los primeros pasos del estudio de la medicina mental (Villa, 2008). El Doctor Alvarado se encargó de que se estableciera un reglamento donde uno de los principales puntos era fijar claramente las atribuciones y deberes de todos los involucrados en cuanto al internamiento al hospital, con motivo de evitar el abuso de gentes que pretendían hacer pasar por dementes a sus familiares porque así convenía a sus intereses.

Propone incluir tres aspectos importantes para el tratamiento de las internas: moral, higiénico y terapéutico que solos o combinados podrían dar muy buenos resultados, solicitó ampliar los patios para que las internas pudieran hacer en la medida de lo posible un poco de gimnasia, así; le ganarían un poco de tiempo a la enfermedad, a partir que el doctor Alvarado asume la dirección mejora por mucho el trato a las enfermas, se comienza con la hidroterapia, que consistía en baños de agua fría y caliente, se instaló un aparato electromagnético y un anfiteatro para la realización de estudios anatomo patológicos y autopsias.

Otra novedad fue la introducción de obras con títeres las cuales fueron traídas como parte de terapéuticas aplicadas en países más avanzados, también la exposición a la música la cual encontraron que controlaba lo exaltado, calmaba los nervios y transformaba lo melancólico a alegre, y viceversa, tomando en cuenta que las sesiones deberían ser cortas y no muy repetidas, para evitar los peligros de la exaltación y el fastidio.

La alimentación fue también su prioridad, en el desayuno a las siete de la mañana había champurrado con chocolate con leche, café con leche o leche endulzada, acompañados con pan y en la comida a las 11 de la mañana constaba de arroz, algún guisado con Carne y legumbres, puchero, frijoles, pan y pulque. Los horarios de las comidas variaban según las disposiciones médicas, para todas las enfermas se estructuraba una ligera merienda a las tres de la tarde, las enfermas que se encontraban en condiciones privilegiadas podían escoger su comida e incluso les era llevada diariamente de sus casas.

Con respecto al vestuario, a las epilépticas se les proporcionaba un calzoncillo; a las demás una camisa, una enagua blanca, un vestido, un rebozo en época de invierno y un par de zapatos en caso de que le enferma acostumbrara a usarlos.

Con todas las mejoras propuestas en la época de mayor plenitud el Hospital del Divino Salvador quedó de la siguiente forma distribuido: el edificio constaba de cuatro patios: uno pequeño a la entrada, formado por una pieza que sirve de recibidor y la capilla pequeña pero suficiente para su objetivo y bien adornada. A la derecha de la entrada queda otro patio formado por el cuarto de la portería, un dormitorio para las Hermanas de la Caridad, la sacristía, una enfermería con cuatro camas, una pequeña pieza para botica y veinticuatro celdas para locas con una cama cada una; un jardín con una fuente en el centro.

En los altos está la sala de epilépticas con trece camas, una pieza chica para guardar muebles, y dos piezas más para despensa. En el otro patio se encontraba un baño bien arreglado; ocho cuartos con otras tantas camas; otro cuarto para depósito de cadáveres; un jardín con su fuente con una pequeña cerca de madera, en el último patio se encontraba el comedor y sala de labor para las enfermas; la despensa; la cocina con brasero económico; el refectorio para las enfermas; diecinueve cuartos con una cama cada uno; un cuarto para guardar leña y carbón; otro cuarto para materiales de albañilería; un estanque cubierto con lavaderos en el centro.

En el piso superior hay un departamento para distinguidas, con cuatro camas en cuatro piezas; once cuartos con una cama cada uno; otras seis de a dos camas, y una pieza para guardar semillas, reuniendo el número de camas llegaron a un total de noventa y cinco, el de enfermas es de setenta y seis, médico y capellán habitación en el establecimiento con entrada particular por la calle (Villa, 2008).

Durante el gobierno de Maximiliano se creó el Consejo de Salubridad cuya función era supervisar la limpieza de la ciudad y el buen funcionamiento de los hospitales, así creó una comisión visitadora bajo el mando de José María Andrade, cabe señalar que el Dr. Alvarado Director del Hospital del Divino Salvador probablemente intervino en las normas que regularían los hospitales visitados, al entregar el informe José María Andrade, mencionó que el hospital sólo necesitaba un lugar más extenso donde una huerta les permitiese cultivar y no limitarse a tener un jardín que sólo les servía para dar un paseo, ante la creciente demanda de las internas el hospital comenzó a ser insuficiente.

Durante las reformas de 1874 se expulsa a la congregación de las hermanas de la caridad, quedando tanto la administración del Hospital como los fondos que ascendían a la cantidad de \$ 136,746.96 pesos bajo la administración del Estado.

Este fue el comienzo de la decadencia del Hospital de la Canoa, a la muerte del Dr. Alvarado en 1890 toma la dirección el Dr, Manuel Alfaro, es en 1897 cuando después de una acusación en el periódico La Patria de México, se denuncia la muerte de una interna por maltrato (Villa, 2008).

La dirección del hospital desmintió la nota dando un informe de las dos muertes que habían acaecido en esos tiempos: una por meningitis y otra por causas no especificadas, explicó también que los tratamientos que se les daban a las internas excitadas era el amarre en un sillón en condiciones humanas para evitar que se lastimaran e inclusive se suicidaran, sin embargo; el hospital siguió dando cabida cada vez a más internas de las que podían atender, hasta hacerse prácticamente insostenible su funcionamiento, como es sabido los enfermos de los hospitales del hospital San Hipólito y el Divino Salvador fueron en su momento trasladados al Hospital de la Castañeda durante los festejos de los 100 años de la Independencia (Sacristán, 1994).

1.1.4. Hospital de La Castañeda

Después de 344 años de existencia del manicomio de San Hipólito y 210 del manicomio de La Canoa, se inicia la construcción de un hospital para enajenados que llenara las necesidades de la época y previera las del futuro.

Se escogió un terreno que servía como lugar de recreo para los habitantes de la capital al suroeste de la municipalidad de Mixcoac, en sus 141,662 m² de hermosos jardines, una huerta y bosque resultaban ideales como lugar de recuperación y reposo, se le consideró como uno de los más grandes de América latina, fue con estos tres atributos que se muestra la magnitud de esta obra ante el mundo:

1. Planificación cuidadosa por ingenieros, arquitectos y médicos asesores para llenar hasta el último de los aspectos material y funcional del mismo.
2. Rapidez en la construcción, después de preparar la terracería meses antes, se inicia la construcción el 11 de julio de 1909 siendo el presidente Porfirio Díaz quien colocara la primer piedra, concluyendo su construcción en septiembre de 1910.
3. Honestidad y escrupulosidad en la inversión del dinero empleado se gastó la cantidad de \$1.783,357.13 se empleó piedra y cemento y la mejor calidad de los materiales.

La construcción se realizó adhiriéndose a los lineamientos utilizados en Francia por el médico, Jean Étienne Esquirol, quien sostenía que la eficacia terapéutica se encontraba en las condiciones óptimas de las instituciones, y que para que los enfermos mentales se curaran, el lugar debía clasificar a los internos de acuerdo a síntomas similares; esto se hacía en el primer acceso llamado pabellón de observación, una vez “diagnosticados” (por que no había criterios formales ni científicos, ya que la psiquiatría iniciaba en esos momentos en México), eran separados en pabellones autónomos, había tres hileras de edificios, a la izquierda y a la derecha de los pabellones centrales, en el edificio central se encontraban los servicios generales, en el edificio derecho los hombres y en el izquierdo las mujeres, se contaba con biblioteca, museo, sala de electroterapia, salón de enfermos, sala de juntas, laboratorio, e incluso un pabellón de Imbéciles, donde había una escuela, contaban con sala, comedor, taller y gimnasio. (Ramírez Moreno, 1950).

Los pabellones laterales eran de los Distinguidos, Alcohólicos, Tranquilos (divididos en A y B, de acuerdo a si eran indigentes o pensionistas), infecciones y peligrosos, La estancia de los enfermos se justificaba de dos maneras, eran pacientes que además de tener alguna enfermedad mental o padecían de alguna enfermedad crónica o estaban afectados por alguna enfermedad extraña o desconocida y eran catalogados como neuróticos.

Había un gran número de pacientes afectados por psicosis alcohólica, neuro sífilis y esquizofrénicos, de ésta no se conocía nada, incluso no fue diagnosticada en México hasta la segunda década del siglo XX, ya que antes se conocía como "demencia", cabe mencionar que

se comienza a documentar la ficha de ingreso con fotografías de los internos como parte de esta modernidad y avance en cuanto la atención a los enfermos mentales (Sacristán, 2010).

La mayoría de los pacientes eran reclusos en "La Castañeda" por su propia familia ya que eran incapaces de cuidar o hacerse cargo del enfermo, incluso había familias que estaban dispuestas a pagar una mensualidad con tal de que el enfermo permaneciera ahí implícitamente cuando no era necesario, también se pudo convertir en asilo de los mas pobres, aunque hubiera como requisito de ingreso un certificado médico, existen pruebas que hubo algunos ingresos sin éste, o también podían ingresar con la sentencia emitida por un juzgado y llevados en lugar de la cárcel al hospital incluyéndolos en el pabellón de los peligrosos (Rivera-Garza, 2005; Ramírez Moreno, 1950). Así es como la población estaba conformada por: enfermos mentales de ambos sexos, de cualquier edad, nacionalidad y religión, niños, adolescentes, delincuentes, ancianos, alcohólicos, drogadictos, prostitutas, enfermos con patologías venéreas y homosexuales; recordando que en aquella época eran estos últimos considerados como enfermo psiquiátrico.

Referente a la asistencia médica hubo mucho que desear, ya que se conservaron las viejas ideas de los hospitales San Hipólito y La Canoa, como: prejuicios, sistemas inadecuados de control y supuesta curación, electro shocks, baños de agua fría, castigo en cuartos oscuros y lobotomías, distando de los nuevos preceptos y métodos psiquiátricos venidos de Europa, también conservaron los viejos nombres de los pabellones como el de los tranquilos, los imbéciles y furiosos.

Durante la primera década la Castañeda vivió un notorio relajamiento en sus prácticas asistenciales, así entre 1917 y 1920 un 45% de la población no estaba diagnosticada adecuadamente, este hecho pudo estar motivado por la fragilidad que padecía la institución a causa de la revolución, este hospital tuvo 12 directores titulares y tres interinos (uno de los cuales ni siquiera fue médico, aunque solo duro en el cargo 14 días), otro aspecto fue la altísima movilidad de personal, pues de los 98 médicos contratados en la primera década 82 habían desertado para 1921. (Rivera Garza, 2010).

Hubo un descuido progresivo, los empleados olvidaban su misión al servicio de los enfermos, los recursos económicos eran cada vez menos y las necesidades mayores, a fines de 1965 el secretario de salud hizo una visita a la Castañeda donde nunca habían puesto un pie funcionarios públicos, fue conducido por Guillermo Calderón Narváez Jefe del pabellón central, que junto con el pabellón piloto eran los únicos lugares que se solían enseñar, sin embargo, decidió romper el protocolo y mostró el resto del manicomio, al parecer fue ahí donde el secretario se impresionó tanto por la pobreza y abandono de los 2800 pacientes que subsistían en el hospital, que decidió pronunciar el cierre del manicomio, a esta tarea se le conoció con el nombre “operación Castañeda” y se fue dando paulatinamente conforme se abrían otras instituciones, estas fueron: dos hospitales psiquiátricos, el fray Bernardino Álvarez y el hospital Dr. Juan N. Navarro, más tres granjas ahora llamadas hospitales campestres y un hospital hogar, que entre todas alcanzaron un total de 3030 camas. (Sacristán M. C., 2010).

1.1.5. Las Primeras Instituciones De Asistencia a los Enfermos Mentales en los Estados de la República Mexicana.

La asistencia a los enfermos desde el mismo momento de la colonización siempre estuvo en manos de la la caridad, Fray Bernardino de Álvarez no paraba de viajar y a su vez de localizar las poblaciones que más necesitaran su asistencia, los principales lugares eran los puertos pues los navíos no paraban de llegar y junto con ellos enfermedades u hombres sanos que después de un largo viaje, bajaban desnutridos, deshidratados, listos para contraer todo tipo de enfermedades endémicas, como la malaria, el cólera o los pantanos llenos de animales pútridos que cobraron innumerables víctimas.

El puerto de Acapulco recibió navíos venidos de tierras lejanas así como también la antigua Veracruz, los misioneros encabezados por Fray Bernardino de Álvarez preparaban largos viajes anticipando la llegada de los barcos cargando mulas con todo lo necesario para asistir a quienes lo requerían. Así surgen algunos centros de asistencia llamados hospitales quizá porque la palabra se semejaba a la de hospicio – hospedería – casa de misericordia, lugares que fundaban de acuerdo a las necesidades de indigentes que deambulaban por las calles sin hogar, viajeros recién llegados y que padecían algún mal, esclavos, soldados o indígenas, enfermos locales que no contaban con recursos para poder ser asistidos por los pocos médicos que existían.

Fray Bernardino también conocido como el limosnero heroico, debido a su ardua tarea en conseguir recursos para establecer lugares de auxilio, junto con los frailes que pertenecían a su orden llamada: los Hipólito, no paraban su ardua labor fundando algunos de los siguientes hospitales (cuadro 1) a fines del S. XVI (Alvarez Fray Bernardino, 2014)

Tabla 1 Primeros Hospitales surgidos en los tempranos años coloniales

Centro de la nueva España	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de la Inmaculada Concepción y Jesús Nazareno, fundado por Hernán Cortés • Hospital del Amor de Dios para sífilíticos por el obispo fray Juan de Zumárraga, bajo el patrocinio de San Cosme y San Damián • Hospital de La Santísima, anexado en 1861 al San Hipólito, dio cabida a todo tipo de enfermos, reduciendo sus servicios hasta limitarse a la atención de sacerdotes dementes. • Hospital Real de Naturales, solo para indígenas, vigente hasta 1822. • Hospital de San Lázaro, para leprosos, tomando sucesivamente los nombres de: Nuestra Señora de los Desamparados, de la Epifanía y de San Juan de Dios, por haber estado a cargo de los religiosos de esta orden.
---------------------------	--

Fuente: Villa, Guerrero Guadalupe, (2008), Hospital del Divino Salvador para Mujeres Dementes, Boletín de Monumentos Históricos, Mediateca INAH, Volumen 12, México, Tercera época.

En la tabla 2 se muestra una relación de los primeros Hospitales establecidos en las afueras del centro de la ciudad, que no se especializaban en atención a dementes unicamente sino a todo aquel necesitado.

Tabla 2 Relación de Hospitales fundados a finales del Siglo XVI

La antigua Veracruz	Hospital de la Santa Veracruz, reconstruido en 1596 después de un incendio.
Acapulco, Guerrero	Hospital de Nuestra Señora de la Consolación
Perote, Puebla	Hospital de Nuestra Señora de Belem
Puebla	Hospital de San Roque
Isla de San Juan de Ulúa	Hospital de San Martín
Nueva Veracruz	Hospital de San Juan de Montes Claros
Jalapa, Veracruz	Hospital de la Limpia y Purísima Concepción

Fuente: Villa, Guerrero Guadalupe, (2008), Hospital del Divino Salvador para Mujeres Dementes, Boletín de Monumentos Históricos, Mediateca INAH, Vol. 12, México, Tercera época. PDF.

Hasta estos momentos los hospitales existentes eran casi en su totalidad pertenecientes a órdenes religiosas con poca e indirecta participación del estado.

Durante la época colonial en México la dominación española genera cambios significativos tanto en la estructura social y económica y por supuesto en la población perteneciente al territorio recién conquistado, los estilos de vida cambiaron, reflejando en la salud tanto de habitantes como de visitantes alteraciones en sus estados de salud incluyendo la mental, por consecuencia fue necesario establecer lugares donde se diera atención a los padecimientos del cuerpo y el alma (Ramírez Moreno, 1950).

Tabla 3	Hospitales fundados por órdenes religiosas y con cierta lejanía de los puertos
Monterrey	El 1º de mayo 1860 el Dr. José Eleuterio González, fundó el hospital civil, estableciendo el departamento para enfermos mentales atendido por las Hermanas Josefina durante 70 años
Guadalajara	En 1873 se fundó el hospital civil Fray Antonio Alcalde, recluyendo algunos enfermos mentales, y para 1860, se establecieron dos hospitales psiquiátricos uno para hombres y otro para mujeres.
Zapopan	.En 1905 una familia rica deseaba atender a un enfermo mental, trajo de España a los hermanos de la Caridad de la Orden de San Juan de Dios, proporcionándoles también un lugar y medios económicos para atender a un mayor número de enfermos. Se 1909 se funda la casa de Salud Josefina, anexa al hospital del Refugio, en la población de San Pedro Tlaquepaque cerca de Guadalajara, era institución privada.

Fuente: Secretaría de Salud (2002), Análisis de la Problemáticas de la Salud Mental en México, primera parte, pág. 25

Los conquistadores vivieron grandes retos; adaptarse a las nuevas tierras, costumbres, climas, alimentos al desarraigo de la patria y estructuras sociales nuevas donde aunque fueran favorecidos resultaron tareas difíciles de lidiar, por consecuencia enfermaban del cuerpo pero también del alma, esto los llevaba a caer en estados de profunda melancolía³. Los conquistados

³ La melancolía como enfermedad encuentra ... “su punto de partida con el humoralismo que nació en el año 400 antes de nuestra era, fue una idea de enfermedad que se debía a un aumento inmoderado del humor negro...” quien la sufría era considerado como un individuo con “una disposición mala en constitución física pobre y poco atractiva”. Este estado pasaría a formar parte del discurso religioso profundamente asociado con el pecado al vicio capital –como la acidia o pereza- y la culpa; para finalmente quedar caracterizada en la actualidad por “ataques de ansiedad, depresión profunda y fatiga”. M.C. Vázquez. (2004) Introducción y recopilación. En R. Bartra. Transgresión y Melancolía en el México Colonial. *Estudios de Historia Nova Hispana*, (31), pp 201 - 209.

también enfermaron del cuerpo y el alma al verse sometidos y ultrajados, obligados a cambiar sus creencias, costumbres y hasta abandonarse a si mismos. Estas y más razones hicieron a las autoridades Españolas tomar acciones inmediatas para atender la salud de las tierras conquistadas, esta tarea quedó en manos de misioneros religiosos que comenzaron incansablemente a dar consuelo y refugio a quienes lo necesitaran.

A través del tiempo las necesidades fueron creciendo y determinando cada vez más atención específica, el estado se encontraba inmerso en la reestructura del país, al absorber las instituciones de atención a la salud de forma definitiva retirando de su administración y servicio a las órdenes religiosas que por más de 300 años subsistieron a través de donativos y algunos recursos otorgados por quienes gobernaban.

1.2 Antecedentes Históricos de los Servicios de Salud a Finales siglo XIX.

La efervescencia política y social originada por los movimientos independentistas no tuvo cambios radicales inmediatos, la influencia Española no desapareció radicalmente, y en materia de higiene pública se continuó con los bandos de policía quienes regulaban las condiciones de vida de los ciudadanos quizá por la influencia Borbónica modernizadora (Rodríguez de Romo, 1998).

En este periodo el gobierno manifestó gran interés en los asuntos de salud, hizo leyes sanitarias, entrando en franca oposición con la iglesia respecto a la regulación de hospitales y cementerios. Es en 1820 cuando se establece la dependencia directa de éstos por el ayuntamiento, sin embargo la ausencia de planes efectivos siguen favoreciendo las epidemias.

En Noviembre de 1830 es sustituido el tribunal del protomedicato que regulaba el ejercicio de la medicina, por un organismo denominado Facultad de Medicina del Distrito Federal, éste funciona por once años, siendo sustituido por el Consejo Superior de Salubridad.

Francia tuvo una gran influencia en la medicina Mexicana, se copió el programa de estudios de medicina que había en este país, se trajeron libros y los médicos debían hablar y leer francés y también hacer una estancia en Francia si querían tener prestigio (Rodríguez de Romo, 1998).

En 1833 el Dr. José María Luis Mora representante destacado del movimiento liberal, asesor del vicepresidente Valentín Gómez Farías, intenta organizar la beneficencia dependiente del estado haciendo mayor énfasis en la educación y beneficencia pública alejada del clero. Estos intentos reformistas fracasan por la crisis económica y la incertidumbre política sin embargo él afirmaba que la necesidad de los socorros públicos se hacían cada vez más urgentes.

En este año además de la inestabilidad política el país sufrió de catástrofes naturales y epidemias, Rosenberg Charles (1987) en su libro llamado The colera Years llama al siglo XIX el siglo del cólera y México no fue la excepción, particularmente en este año fue funesta junto con las epidemias de tifo, influenza, la fiebre amarilla y el paludismo, las consecuencias fueron tan graves que el gobierno decidió absorber los gastos que estas epidemias causaron (Rodríguez de Romo, 1998).

En 1841 bajo el gobierno de Antonio López de Santa Ana se crea el Consejo Superior de Salubridad General que se encargaba de la regulación del ejercicio profesional de los médicos; del funcionamiento de las farmacias (boticas en ese tiempo) y comenzaban a establecer las medidas necesarias en cuanto a Salud Pública. Dirigido por tres médicos, un farmacéutico y un químico, sin embargo; nuevamente ante la inestabilidad política del país este consejo no era del todo respetado, pues estaba la lucha presente entre la definición de un gobierno Centralista o Federalista (Alcántara, 2014).

1.2.1. El Consejo de Salubridad.

El Consejo de Salubridad logró su autonomía en este mismo año y esto le permite implementar programas de salud, sólo informando a la Secretaría de Gobernación y no a las dependencias de cada estado, años anteriores ya se había propuesto la desamortización de los bienes de la iglesia con lo cual hospitales y orfanatos quedan bajo el control del gobierno, sin embargo es bajo el gobierno de Juárez en 1857 que oficialmente se establece esta separación, iniciando así la prestación de servicios de salud oficialmente a cargo del gobierno y no como obra de caridad en manos de la Iglesia.

Es así como se va formando una incipiente política social otorgando al Estado la obligación mayoritaria de la beneficencia brindando cobertura asistencial a las clases más necesitadas.

La intención de excluir el papel activo de la Iglesia era clara, sin embargo ante las evidentes carencias organizativas y económicas del gobierno liberal, hubo la necesidad de permitirle su participación en cuanto a lo que a asistencia social se refería con las nuevas limitantes estipuladas. Al expedir la Ley Lerdo en 1856 se declara la libre circulación de la riqueza quedando suprimidas las corporaciones civiles y eclesiásticas salvo las que brindaran beneficencia social.

En una profunda y sorda lucha de poder dos proyectos políticos (conservadores y liberales) diametralmente opuestos se enfrascan en una lucha de poder tratando cada uno de controlar el país, olvidándose de la salud del pueblo, congelando así los planes de asistencia social que apenas comenzaban a figurar en las prioridades inmediatas del gobierno (Evangelista, 2006).

Para 1858 Benito Juárez consolida su trayectoria política tomando la presidencia del país, al haber desamortizado Juárez los bienes de la iglesia oficialmente la atención médica queda en manos del gobierno (bajo la figura de la Secretaría de Salud), asumiendo la responsabilidad de brindar asistencia pública a pobres y huérfanos, pese a que el ideario del gobierno Juarista era el humanismo, curiosamente en la constitución de 1857 no aparecen escritos preceptos relacionados con la salud, es para el año de 1861 el momento en que se decreta la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública, la cual coordinaba la beneficencia y hospitales, convertirlos así en un servicio público dependiendo totalmente del Estado (Moreno Cueto, 1982).

Para el año de 1891 el Consejo de Salubridad se cambia el nombre por Consejo Superior de Salud quien propone las “iguales médico – farmacéuticas nacionales”, donde trataban de unir la atención médica y la medicina preventiva, se comienzan a realizar estadísticas iniciando un mejor control de hospitales, hospicios, alimentos, agua potable, bebidas en general y deshechos humanos, así mismo se legislo sobre el control de cementerios escuelas y talleres.

En el año de 1880 el médico José Lobato publica en la Gaceta Médica de México, un artículo donde se relaciona por primera vez la sociología y la salud pública, en este se enlaza el análisis sociológico de la salud y los factores sociales que influyen en ésta, determina el objetivo de la higiene sociológica derivada de la demografía, propone la conservación de la salud colectiva para impedir la decadencia individual y alejar las enfermedades locales, tomando en cuenta el conocimiento de la población a través de la demografía, considerando las relaciones de las estadísticas, estáticas y dinámicas con la higiene sociológica, también se comenzó a usar el término medicina preventiva y la comunidad médica comenzó a adoptar y definir éste término como la relación existente entre el buen estado de salud de un pueblo y la atención médica recibida antes de contraer cualquier enfermedad (Rodríguez de Romo, 1998). Es aquí donde se reconocen los inicios de la Salud Pública y Sociología Médica en México.

Se formaliza la función científica y social cuando el médico Eduardo Liceaga se convierte en el presidente del Consejo Superior de Salubridad, es entonces cuando dedica parte de su vida al desarrollo de la salud pública en México, re organizando formalmente las acciones que favorecían el control de epidemias administrando las vacunas de forma oportuna a la mayor parte de la población en riesgo (una implementación sumamente importante es la vacuna antirrábica), en la parte social implementa programas para la limpieza de la ciudad (Rodríguez de Romo, 1998), en 1881 se termina de escribir el Código Sanitario, el cual dividía la administración sanitaria local y federal, establece por primera vez el Código Sanitario donde contenía las reglas y obligaciones del Gobierno Federal, su aspiración máxima era “Conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana” relacionando estos preceptos como máximos objetivos de la higiene.

Liceaga advierte que la promulgación de leyes sanitarias debe ir acompañada de una educación individual para la salud, para lograr así disminuir la mortalidad en aquellas enfermedades que provienen de una alimentación inadecuada en los niños, de los excesos de la alimentación y de las bebidas alcohólicas en todas las edades, de los alimentos alterados, de la insuficiencia e imperfección del abrigo del cuerpo, la falta de ejercicios corporales, el aseo personal, el exceso en el trabajo o en los placeres. (Rodríguez de Romo, 1998).

Propuestas del Dr. Liceaga en la presentación del código de salud:

1. Proporcionar al hombre respiración de un aire puro, dárselo con la libertad con la que la naturaleza nos lo prodiga.
2. Alumbrar sus habitaciones con la abundancia con que permite hacerlo nuestro cielo.
3. Darle agua pura, alimentos sanos.
4. Construirle buenas habitaciones sobre un suelo seco y bien canalizado.
5. Alejar sus desechos y los de los animales que le sirven para sus necesidades.
6. Evitar los inconvenientes que resulte de la aglomeración de los seres vivos.
7. Evitar que las fábricas e industrias que dan trabajo a unos y a otros, se conviertan en ocasiones de peligro, de insalubridad o de molestia.
8. Aislar a los hombres o a los animales que han dejado una enfermedad transmisible para que no la comuniquen a los demás.
9. Proporcionar a los enfermos medicinas puras, hacerlo cuidar por personas que tengan la actitud necesaria y la inmunidad suficiente.
10. Cuidar de la educación física de los niños, de que no comiencen antes de terminar su desarrollo los trabajos que la dificulten; procurar que las escuelas tengan las condiciones indispensables de salubridad y de que el cultivo del espíritu se haga sin sacrificio de la salud del cuerpo.

Ante estas recomendaciones el Dr. Liceaga concluye afirmando “Ninguna nación necesita consignar en su constitución escrita el derecho o más bien dicho el deber defender el territorio nacional contra un enemigo extranjero de una invasión armada; una epidemia cuando invade un pueblo, puede producir mayor daño que la guerra y que si bien no mengua la extensión del territorio, aniquila las fuerzas de la nación, haciéndola perder esa otra parte integrante e inteligente: el hombre” (Sacristán, 1994, pag. 34).

Pretextando los festejos del aniversario de la Independencia de México, Eduardo Liceaga realizó un análisis sanitario del país completo que refiriera desde el año 1810 las condiciones de sanidad del país, desafortunadamente los estados de Veracruz, Campeche, Tlaxcala, Oaxaca

y Quintana Roo no respondieron y este importante análisis que cubre las condiciones de sanidad del país queda incompleto.

Había muestras de progreso, sin embargo se avecinaba el movimiento revolucionario, que haría que el país tomara rumbos inciertos en cuestión política, social y por supuesto médica.

1.2.2. La situación Social y Política de México a Principios del Siglo XX

La realidad del país era precaria; la pobreza, el hambre y la explotación habían alcanzado su punto más crítico, los clubes anti reeleccionistas y un grupo de caudillos preparaban un cambio radical que harían caer por los suelos el espejismo de la paz y el progreso que hasta el mismo Porfirio Díaz se creía (Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2009).



Figura 1 Situación social en la época Porfirista, Imagen tomada del archivo fílmico “México en el Centenario de su Independencia”, archivo fílmico de la Filmoteca de la UNAM, 2009.

Mientras en otras partes del mundo tenía lugar la carrera de los avances científicos en pos del progreso de la humanidad, en la República Mexicana la realidad poblacional era diezmada por una mortandad de 48.3 y de 46.7 por millar (promedio para 1891- 1900 y 1901-1910)

apenas crece de 9,380,459 en 1876, a 13,605,919 en 1905, lo cual corresponde a una reducción del incremento del 35% observado entre 1877 y 1895, al 20% que es el que se registra en los últimos 15 años de la dictadura de Porfirio Díaz. (Rivera-Tapia, 2003).

En el ambiente social - laboral puede imaginarse como era la salud de este sector de la población: los peones - jornaleros y obreros constituían el 77 y 14 % respectivamente de la población, lo que significa que el 91 % de los habitantes pertenecía al sector más pobre.

En contraste con los bajos salarios las jornadas de trabajo se estructuraban de la siguiente forma: los peones iniciaban sus labores a las cuatro a.m. trabajando hasta la puesta del sol, su alimentación era insuficiente y consistía en hojas con piloncillo, gordas de maíz y frijoles con chile, y sólo muy de vez en cuando cambiaba por mole de guajolote o por barbacoa, a esta comida no le faltaba su habitual compañía del pulque cuya venta constituía un negocio de mayor o menor importancia a los hacendados y que junto con el aguardiente mantenían a los infelices en un furor que les permitía olvidar los malos tratos y la miseria en la que vivían, también sus deudas interminables en las “tiendas de raya”. La vida en el campo tenía una higiene pésima: los peones no tenían en sus jacales agua entubada, letrinas higiénicas, ni baños con drenaje, dentro del jacal convivían con las aves y con los perros y fuera de éste el corral era el basurero, el excusado y el chiquero, todo en uno.

En la Ciudad de México los obreros y los dependientes de las Plazas comerciales iniciaban sus labores a las siete a.m. para terminar 13 horas más tarde. El trabajo doméstico de los “criados” no ameritaba salario ni tenían horario fijo. El agua se obtenía de las fuentes públicas o de los aguadores, el interés por la limpieza de estos abastecedores por parte de las autoridades era nula, las aguas negras corrían frecuentemente por el arroyo aunque en la capital a fines del siglo XIX se comenzó a disfrutar de drenaje sanitario (Gamboa, 1991).

El hacinamiento en las vecindades era evidente, ya que habitaban hasta 900 personas en un mismo predio, no teniendo agua corriente y los baños eran de tipo común, algunas viviendas tenían instalada una tina para el aseo del cuerpo, sin embargo para los más pobres era difícil e incómodo pues los baños gratuitos apenas daban en 1901 una proporción de uno por 12,000 a

15,000 habitantes, por tanto no se podía pedir al proletariado mucho aseo, la gente procuraba su limpieza aprovechando el efecto de los riachuelos y algunos canales de los alrededores de la capital, también aprovechaban los alegres chapuzones colectivos de los días de San Juan (Rivera-Tapia, 2003).

La vida en el campo y en la ciudad era difícil la falta de nutrición adecuada la fatiga y la poca higiene hacían de los habitantes presas fáciles de enfermedades por parásitos e infecciones, la mortandad en general era elevadísima, por casos de viruela y tifo padecimiento grave que acompaña a la suciedad y la miseria.

A principios del siglo XIX en el resto del mundo el empleo de la vacunación descubierta por Jenner era ya de uso común, a México fue traída por el doctor Balmis, pero su empleo se hizo en escala restringida, aún en tiempos del Consejo Superior de Salubridad y del Dr. Liceaga (desde 1879), México ya estaba en la mira internacional; y así fue, pues había noticias en el extranjero de la incontrolable viruela que en 1909 produjo una mortandad de 38 000 casos aproximadamente, los peones y jornaleros y la gente más pobre morían de hambre o de viruela, lo importante era mantener un cordón sanitario entre la gente “decente” y la plebe, y para eso bastaban 35 430 vacunaciones en el Distrito Federal contra los 5 273 tubos de linfa que se distribuían en todo el resto de la República, después de la proclamación de la Constitución, la vacunación sería oficialmente implantada y forzada para toda la población mexicana.

La falta de higiene y el hacinamiento eran los perfectos caldos de cultivo del tifo, otra enfermedad que produjo un índice de mortandad de unos 173 por cada 100 mil habitantes, acudieron a nuestro país investigadores norteamericanos Goldberger y Anderson para estudiar esta plaga encontrando el papel del piojo como agente transmisor, generando como respuesta la introducción de los baños de regadera en las viviendas y en los lugares de trabajo y el uso de insecticidas, comenzando así los primeros pasos del control de esta grave enfermedad (Rivera-Tapia, 2003).

La situación del país era complicada, los grupos revolucionarios habían comenzado su lucha motivados por las desigualdades sociales y pobreza extrema de la mayoría de la población, para

estas fechas la proporción de los médicos en la República era de 1 por cada cinco mil habitantes, residiendo en el centro del país aproximadamente el 86% debido a que se encontraba en este lugar la mayoría de gente que pudiera pagar por sus servicios, rara vez ofrecían consulta gratuita a los pobres, los primeros años de guerra favorecieron a la propagación de los focos de infección, la mortandad entre 1911 y 1920 fue de 37.4 por cada mil.

La academia de Medicina es declarada organismo oficial por Madero en 1912, reconociendo que el gobierno Revolucionario no puede ocuparse en ese momento de la ciencia, el hospital general cambio seis veces de director entre 1914 y 1916, hasta hacerse cargo el doctor Carlos Dávila, médico del presidente Obregón.

Para 1917 es promulgada oficialmente la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se representa un primer intento por conciliar los derechos políticos con los derechos sociales, se pretende establecer un sistema de igualdad basado en los derechos humanos y consagra los derechos individuales y sociales.

Habiendo una verdadera desestabilidad en el país nuevamente se propaga el tifo y la influenza española que para 1918 fueron responsables de la muerte de 450 mil personas. Hay diversas estimaciones sobre las pérdidas de vida provocadas por la guerra y la epidemia de 1918, una de ellas cuenta dos millones de habitantes muertos por los conflictos armados y 300 mil por la influenza (Márquez Morfin, 2010), sin embargo no todo era abandono, el doctor Alonso se interesaba en el problema de los accidentes de trabajo y las indemnizaciones, el doctor J. González, propuso medidas para disminuir la ceguera en México y el también doctor Joaquín Baeza (de Guadalajara) proclamaba por una ley para la Protección de los niños señalando la obligación del gobierno de dar salud al pueblo y aconsejando la fundación de “Gotas de leche” y consultorios gratuitos para los niños de pecho, él mismo propuso ante congresistas una solución para acabar con la viruela (Rivera-Tapia, 2003).

Comienzan a salir al extranjero los primeros mexicanos para hacer doctorados en salud pública, el doctor Miguel E. Bustamante fue el primer doctor en higiene por la universidad John

Hopkins en 1928, siendo fundador del Departamento de Salud Pública de la UNAM.

En esa década se reconocen cuatro problemas que se trataron de solucionar al mismo tiempo:

1. La necesidad de educación en la salud pública con la creación de una escuela.
2. La gravedad de muchas enfermedades contagiosas, buscando concientizar a la población de la existencia de éstas con campañas informativas y preventivas.
3. la obligación tanto de autoridades como del mismo pueblo de corregir y llevar a cabo los servicios de sanitarismo.
4. Atención médica a la población Rural.

La situación social y política del país tomaría un mejor rumbo, después de este devastador movimiento revolucionario comienza una carrera de progreso y apoyo al sector salud incluyendo estos avances y mejoras a la atención Psiquiátrica.

1.3 El impulso de la Atención Psiquiátrica en el México Moderno.

A partir de 1930 se inicia la atención psiquiátrica abriendo hospitales privados especializados en esta rama en diferentes partes del país, Como el Hospital del doctor Samuel Ramírez Moreno que cerró sus puertas en 1961, y el sanatorio de la Floresta dirigido por el Doctor Alfonso Ramos Millán, buscando quizá subsanar en cierto grado la deficiente atención a los enfermos mentales que otorgaba el estado.

En la década de los años 40-50 se crearon hospitales públicos relacionados con la medicina institucional y de seguridad, que generaron los primeros esquemas en cuanto a la atención a los problemas de salud mental en México y de la práctica psiquiátrica en hospitales generales y centros de salud (Secretaría de Salud, 2002), a continuación se mencionan los cambios mas importantes en materia de salud mental:

- 1942 Se creó el servicio de Psiquiatría en el hospital Español de la Ciudad de México con 40 camas para hospitalización y atención en consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento de enfermos⁴.
- 1945 Es fundada la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría y se comienza a idear un proyecto que posteriormente se convertiría en la política de Salud Mental del Estado Mexicano⁵
- En 1947 Es creado el departamento de Neuro Psiquiatría e Higiene Mental por la Secretaría de Salud y Asistencia con funciones de planeación, organización y coordinación operática de las actividades de salud mental⁶
- En 1951 Fue desarrollado el primer programa institucional para impulsar y orientar a los servicios dirigidos a la atención de personas con padecimientos mentales, la intención de formar recursos humanos en el campo de la salud mental y reglamentar la atención a enfermos en establecimientos especializados (Comisión Coordinadora de institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, 2014).
- En 1952 Se fundó el Departamento de Salud Mental en el Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salud⁷.
- En 1959 la Secretaría de Salubridad y Asistencia coordinada por la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación desplegaron un conjunto de acciones que incluyeron: el establecimiento de módulos de higiene mental en algunos centros de salud; la ampliación de servicios hospitalarios especializados, especialmente una clínica de tipo granja, así la terapéutica laboral implementada por un lado favorecía el mantenimiento de algunas habilidades de los internados y por otro contribuía a reducir la carga económica que ellos, los locos, implicaban al Estado ⁸ se crearon seis: tres en el Valle de México y otras en Sonora, Oaxaca y Tabasco. También se realizaron

⁴ Secretaría de Salud (2002), *Programa de Acción en Salud Mental*, México D.F., Secretaría de Salud pág. 25

⁵ *Ibid*, pág. 25

⁶ *Ibid*, pág. 26

⁷ Secretaría de Salud (2002), *Programa de Acción en Salud Mental*, México D.F., Secretaría de Salud, primera parte, pág. 26

⁸ Sacristán, C. (2005), *Historiografía de la Locura y de la Psiquiatría en México. De la Hagiografía a la Historia pos moderna*. Frenia Revista de Historia, V(1), pág. 26.

actividades de promoción a la salud mental, así; México se inicia con las investigaciones sobre trastornos mentales⁹.

- En 1964 Abre sus puertas el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social que desde el principio contó con un espacio de 40 camas dedicadas al servicio de psiquiatría con buen funcionamiento y aceptación, hasta que entre 1970 y 71 por necesidades del servicio de cirugía desaparecieron¹⁰
- De 1964 a 1970 es re estructurada la unidad central coordinadora de estos servicios y se denomina dirección de Salud Mental correspondiendo a la última parte del plan de acción denominado como “operación Castañeda”, el cual sentó las bases en las mejoras de atención en cuanto a salud mental a partir de nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación incluyendo actividades ocupacionales, agropecuarias y talleres de terapia, se funda el hospital psiquiátrico infantil “Doctor Juan N. Navarro” destinando un nuevo esquema de atención a poblaciones específicas.¹¹
- De 1970 a 1976 la SSA mantuvo la dirección de salud mental, así como la operación de servicios dependiendo de ella once unidades hospitalarias especializadas, y algunos módulos de salud mental integrados a centros de salud.
- El sistema Integral para el Desarrollo de la Familia (DIF) inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental, dando prioridad a la atención de la consulta externa de niños y adolescentes; actualmente se llama Centro Integral de Salud Mental, dependiente de la Secretaría de salud. El programa desarrollado estuvo compuesto además del orden aplicativo general por dos sub programas: el de atención y prevención a la farmacodependencia y el de psiquiatría comunitaria, realizándose actividades primordialmente de asistencia y prevención.¹²

⁹ *Ibid*, pág. 27

¹⁰ *Ibid*, pág. 27

¹¹ *Ibid*. Pág. 27

¹² *Ibid*. Pág. 27

- En 1976 en este periodo se destacan los alcances logrados en el apoyo a la ampliación de servicios especializados en Psiquiatría y Salud Mental integrados a los servicios de salud general tanto en centros de salud como en hospitales generales. Particularmente si impulsaron las áreas de formación de recursos humanos especializados y la de investigación científica en la materia, gestándose a partir de entonces la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría.¹³
- En 1979 Es creado el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) dando especial interés a la atención de las adicciones fortaleciéndose así los centros de integración juvenil¹⁴.
- En 1982 El Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente” (INP) desarrolló modelos de rehabilitación para pacientes hospitalizados; uno de estos programas se puso en operación en el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” e incluyó tratamiento intrahospitalario, haciendo valiosa la participación de la familia y seguimiento extra hospitalario¹⁵.
- En 1984 se promulga la Ley General de Servicios de Salud, donde se comienza a dar oficialmente el cuidado de la salud mental del mexicano, se adiciona al artículo 4º constitucional con un párrafo penúltimo para incorporar el derecho a la salud estableciendo que: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, estableciendo una ley la cual definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y esa ley establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salud general (Soberón - Acevedo, 1996).
- De 1986 – 1988 Se crea el Consejo Nacional contra las adicciones el 8 de julio de este año, como parte de los programas de atención a la salud mental. Se expiden cinco normas técnicas para la prestación de servicios de salud mental.

¹³ *Ibid.* Pág. 27

¹⁴ *Ibid.* Pág. 27

¹⁵ *Ibid.* Pág. 27

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) es denominada ahora Secretaría de Salud; se deroga el Código Sanitario y se expide la Ley General de Salud.

- Los servicios de psiquiatría y salud mental, que hasta entonces existían se transfirieron a las autoridades estatales de salud, y en el nivel central sólo se mantuvieron las atribuciones de tipo normativo, disponiéndose la creación de una dirección de área con estas acciones que a su vez, estaba integrada a la Dirección de Regulación de los Servicios de Salud.
- Se logra identificar la necesidad de apoyar los servicios a partir de iniciativas y recursos del nivel central, debido al limitado presupuesto asignado por los estados, esta aportación permite remodelar y equipar de manera parcial a veinte hospitales especializados públicos y se crean dos nuevos servicios hospitalarios.

Se establece un cuerpo colegiado ex profeso para impulsar los servicios especializados llamado: Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental.¹⁶

- En el periodo de 1994 Se disponía de una estructura administrativa para cumplir con los acuerdos del Consejo Nacional contra las Adicciones, de una Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social y se integran los Consejos Estatales contra las Adicciones, con diferente nivel de representación, pero con apoyos administrativos comunes, en aras de una mayor eficiencia y costo-beneficio¹⁷, se imparte el programa único de especialización médica que instrumentó la Universidad Nacional Autónoma de México, en coordinación con la Academia Nacional de Medicina y otras instituciones, programa que se imparte en todas las escuelas y facultades de medicina permitiendo que exista una homogeneidad de los contenidos teóricos en cuanto a salud mental se refiere (Sacristán, 2005).

¹⁶ *Ibid.* Pág. 28

¹⁷ *Ibid.* Pág. 28

- En 1995 se expide la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 con el objetivo de uniformar criterios sobre la atención hospitalaria psiquiátrica y la protección de los derechos humanos de los pacientes, tomando en cuenta la necesidad de superar los prejuicios relacionados con estos problemas y el compromiso de la familia, la comunidad y la sociedad en general, promoviendo así la salud mental y la reducción de los efectos sociales que son producto de los trastornos psiquiátricos y de la conducta.

Para la elaboración de esta norma se contó con una participación plural que incluyó a la ciudadanía, representantes institucionales del Sector Salud, profesionales del campo de la Salud Mental, sociedades académicas y profesionales, legisladores, instituciones de asistencia privada y organismos no gubernamentales.

- En 1996 se inaugura en Ayala, Morelos el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI) dependiente de la Secretaría de Seguridad Pública, para pacientes internos con diagnóstico de enfermedad mental que cumplen una condena.
- En 1997 se establece legalmente la Coordinación de Salud Mental, (CORSAME), órgano desconcentrado, para conducir, organizar, vigilar y evaluar el desarrollo de las acciones en materia de servicios en cuanto a lo que se refiere a tres hospitales especializados – Fray Bernardino Álvarez, Dr. Juan N. Navarro y Samuel Ramírez Moreno- y tres centros comunitarios de salud mental en la Ciudad de México - Iztapalapa, Cuauhtémoc y Zacatenco (CICOSAME).
- En el año 2000 Se publica en el diario Oficial de la Federación, la creación del Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, sustituyendo a la Coordinación de Salud Mental. De esta manera en la actual administración se cuenta con una Comisión del Consejo Nacional contra las Adicciones, con rango de Subsecretario y una Dirección General de los Servicios de Salud Mental¹⁸.

¹⁸ *Ibid.* Pág. 28

- En 2001 la coordinación de Servicios de Salud Mental (CORSAME) se adscribe al Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), buscando unificar el quehacer de los servicios de salud mental y los propios del Consejo manteniendo sus funciones.
- El 19 de enero 2004 es creado el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental y adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud , a fin de impulsar la reforma psiquiátrica a través del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, correspondiéndole el diseño de programas específicos e implementación de acciones para prevención, la promoción y la rehabilitación en el campo de la Salud Mental, mediante la creación de nuevas estructuras de primer nivel de atención, hospitalización breve y reintegración social.

También en esta fecha se da a conocer la estructura del Organo Administrativo Desconcentrado llamado Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) sustituyendo a la SERSAME y adscribiéndose a la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la SSA y cuya labor sería proporcionar servicios de atención médica especializada de alto nivel, para la prevención, tratamiento y rehabilitación, de personas con trastornos mentales y del comportamiento.

- Del año 2000 – 2006 se cerrarán 18 de los 28 hospitales psiquiátricos con que cuenta la Secretaría de Salud (SSA), con la finalidad de poner fin al modelo de atención tradicional en el que al enfermo psiquiátrico se le recluye por muchos años o por tiempo indeterminado, estos hospitales serán reemplazados por hospitales de estancia corta y villas de transición, dos de las principales estructuras del nuevo sistema terapéutico denominado Modelo Hidalgo. Que presenta el siguiente objetivo: establecer las pautas, políticas, lineamientos, coordinación, supervisión y evaluación que se deriven de los servicios de la Atención en Salud Mental, además de vincularse con las autoridades correspondientes de todo el país (De Ecurdia, 2005). Para la implementación del Modelo, así como asesorar a los grupos de sociedad Civil y Comités Ciudadanos de apoyo para la ayuda a los usuarios, tanto para garantizar que reciban un trato y respeto

dignos, apegados a sus derechos brindándoles la oportunidad de tener una vida independiente con acceso a capacitación y a vivienda.

También se contempla la creación de estructuras de atención que respeten los derechos de los usuarios, dando prioridad a: la prevención, a través de la difusión de la información sobre salud mental y el informe oportuno que se otorgue a los usuarios en los centros de salud mental, la hospitalización otorgando una atención integral al usuario y pueda pasar al siguiente nivel a través de la unidad de psiquiatría en hospital General con comité ciudadano o bien la villa de transición Hospitalaria según sea el caso y a la reintegración social apoyando al usuario a la reinserción social llevándose a cabo en Casas De Medio Camino, Residencias Comunitarias, Departamentos Independientes, Residencias para Adultos Mayores, Talleres Protegidos, Iniciativas Mixtas, Clubes Sociales entre otras alternativas¹⁹.

La atención a la salud mental ha franqueado cuantiosas modificaciones funcionales y estructurales, pretendiendo responder tanto a la intención del Estado para hacer más efectivas sus acciones como al enfoque que de salud mental y sus trastornos se requieren, derivando ambos factores en modelos de atención propios a cada contexto, siendo el Modelo Hidalgo el más reciente e innovador programa de atención.

Estas transformaciones antes mencionadas fueron detonadas más por la insuficiencia institucional, que por propias necesidades de evolución del enfoque de Salud Mental, es decir; un enfoque que se dirigiera realmente a mirar hacia la Salud Pública desde diferentes puntos, niveles, espacios, instituciones, sociedad, individuos, grupos, población, público o privado, que superara las estructuras e infraestructuras y más allá, a los modelos paradigmáticos sobre los que se ha colocado la salud mental y que han funcionado a lo largo de los años para diferentes intereses y motivaciones a veces apartados del objetivo primordial .

¹⁹ ibídem, pág 41

1.4. Legislación, Políticas Públicas y Salud Mental en México

En cumplimiento del Art. 4º constitucional, surge la Ley General de Salud, (Cámara de Diputados , 2016) que en sus Art. 2º y 3º definen los propósitos y alcances de la protección de la salud como derecho fundamental; título III (que refiere la prestación de los servicios de salud) y capítulo VII (dedicado a la salud mental).

En forma paralela, la Ley Orgánica de la Administración Pública (LOAP) (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2016) da seguimiento y en ella se instauran las bases de organización de la Administración Pública Federal, centralizada y paraestatal²⁰.

Posteriormente, en el ámbito Federal, el art. 7, Ley General de Salud y el Art. 39 en la Ley Orgánica de la Administración Pública, señalan que compete a la Secretaría de Salud establecer y conducir la política nacional en materia de salud, servicios médicos y salubridad general, con límite en lo relativo al saneamiento del ambiente y la coordinación de programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal (Legislatura LVIII, 2017).

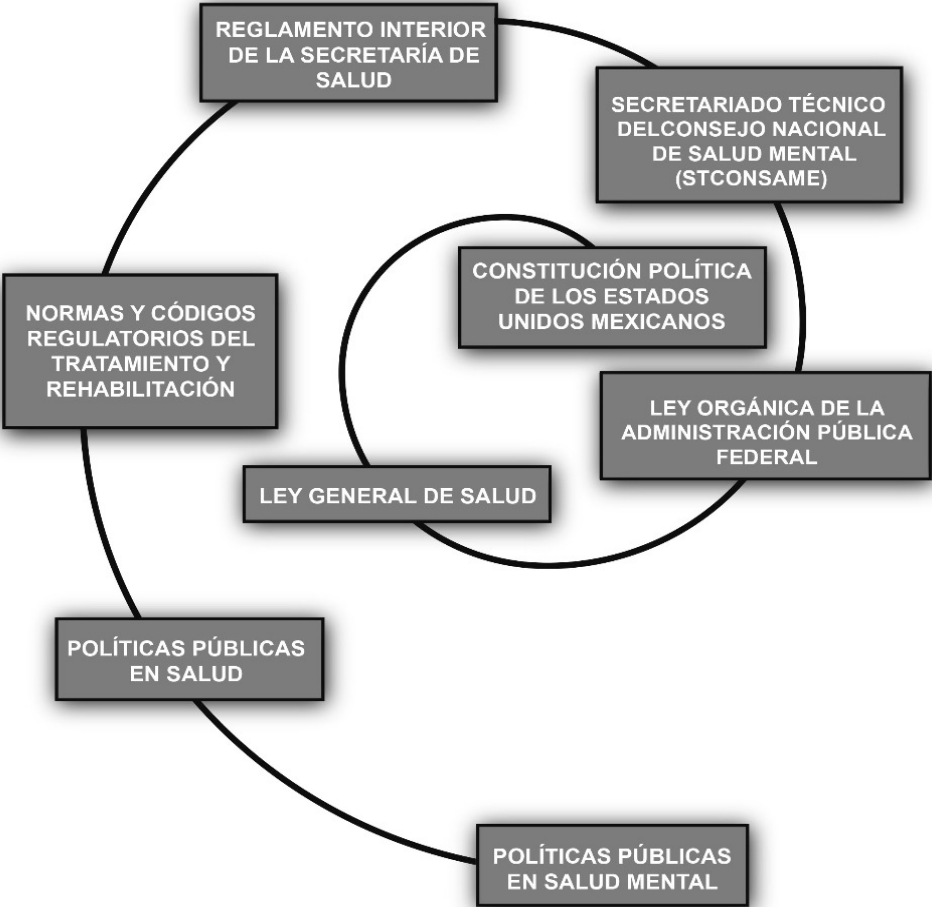
Con apego al orden legal, fue creado en 2004, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, (STCONSAME) (LVIII Legislatura) para impulsar la reforma psiquiátrica en el territorio nacional a través del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental (Sandoval, 2005).

Así mismo concibe planear, supervisar y evaluar los servicios de salud mental nacional a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores de manera integral y con respeto a los derechos humanos, promoviendo la reestructuración de la atención psiquiátrica que consiste en generar una nueva estructura de atención en primer nivel, la hospitalización transitoria y la reintegración social del enfermo mental contando con el servicio comunitario de plataforma.

²⁰ La Administración Pública Federal refiere: la Oficina de la Presidencia de la República, las Secretarías de Estado, la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal y los Órganos Reguladores Coordinados integran la Administración Pública Centralizada; los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal, las instituciones nacionales de crédito, las organizaciones auxiliares nacionales de crédito, las instituciones nacionales de seguros y de fianzas y los fideicomisos, componen la administración pública paraestatal.

Este organismo está destinado a dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de salud mental. Estas facultades se describen detalladamente en el Art. 35 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (Fox, 2004).

FIG. 2 Legislación Mexicana en Salud Mental.



Fuente: Autoría propia, tomada de: LVIII Legislatura. (s.f.). Obtenido de Cámara de Diputados, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Elaboración de Planes de Salud, Servicio de Investigación y Análisis División de Política Social, Estrategia de Cooperación para México, Programa de Acción en Salud Mental. (2013 -2018).

Artículo 35. Corresponde al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental:

I. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el contenido de la política y estrategias nacionales en materia de atención a los problemas de salud mental;

II. Elaborar y participar en la instrumentación de los programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales;

III. Llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios de salud mental, por medio del establecimiento y desarrollo de modelos de organización y operación de servicios en los diferentes niveles de atención;

IV. Elaborar y expedir normas oficiales mexicanas en materia de salud mental, de conformidad con las disposiciones legales aplicables y la prestación de servicios en esta materia, formular las respuestas a los comentarios recibidos a los proyectos de dichas normas, así como vigilar su cumplimiento.

V. Promover actividades de información, orientación y sensibilización, que coadyuben a la prevención de problemas de salud mental, en coordinación con las instituciones y organismos especializados en materia;

VI. Impulsar, en forma conjunta con las dependencias y órganos competentes, el establecimiento de redes asistenciales y de apoyo comunitario, para la rehabilitación y reinserción social del usuario de los servicios de salud mental;

VII. Fijar criterios, promover y coordinar investigaciones y desarrollo tecnológico en relación con la salud mental en coordinación con las demás unidades administrativas competentes;

VIII. Promover y asesorar el desarrollo de investigaciones científicas y programas de enseñanza en materia de salud mental, en coordinación con las unidades administrativas competentes, con la finalidad de impulsar la formación, capacitación y actualización de personal de salud en general y especializado;

IX. Participar en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas en materia de salud mental;

X. Propiciar la celebración de convenios y acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y municipios, para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de las acciones en materia de salud mental;

XI. Participar en la definición, instrumentación, supervisión y evaluación de las estrategias y contenidos técnicos de los materiales de comunicación social en el ámbito de su competencia, así como de los materiales didácticos y metodologías que se utilizan para la capacitación, actualización y desarrollo humano del personal que opera los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

XII. Promover mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil y, en lo general de la comunidad, así como de los sectores público y privado en las acciones en materia de salud mental;

XIII. Coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con la información de morbilidad y mortalidad vinculada con la materia de su competencia;

XIV. Colaborar, en el ámbito de su competencia, en la definición y desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

XV. Colaborar en la definición de los requerimientos para la acreditación de unidades prestadoras de servicios de salud mental inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud;

XVI. Proponer los lineamientos y procedimientos técnicos para la organización, programación y realización de presupuestos, relacionados con los programas a su cargo;

XVII. . Promover la certificación de las unidades de atención a la salud mental de los sectores público, social y privado del país;

XVIII. Establecer las especificaciones técnicas del equipo e insumos que se utilizan en los programas a su cargo;

XIX. Proponer o definir, según sea el caso, los mecanismos que permitan el control en el suministro y distribución oportuna, suficiente y de calidad de los insumos utilizados en los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

XX. Supervisar y evaluar la información generada por los sistemas institucionales de información y de investigación en salud, relacionada con las actividades de los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

XXI. Certificar el desempeño de las localidades, jurisdicciones sanitarias, entidades federativas, regiones, comunidades o establecimientos, según sea el caso, en relación con los programas del ámbito de su competencia, e

XXII. Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia.

Adicionalmente, como apoyo a la Ley General de salud, se reguló el Tratamiento y la Rehabilitación, a través de la Norma Oficial Mexicana²¹, NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, con el objetivo de “uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez”.

Esta Norma pretende lograr una atención médica especializada de calidad y, respetar a cabalidad de los Derechos Humanos del usuario.

²¹ La Norma Oficial Mexicana es de aplicación obligatoria, por su competencia, en toda unidad que brinde servicios de salud mental médico-psiquiátrico, ya sea pública o privada del Sistema Nacional de Salud.

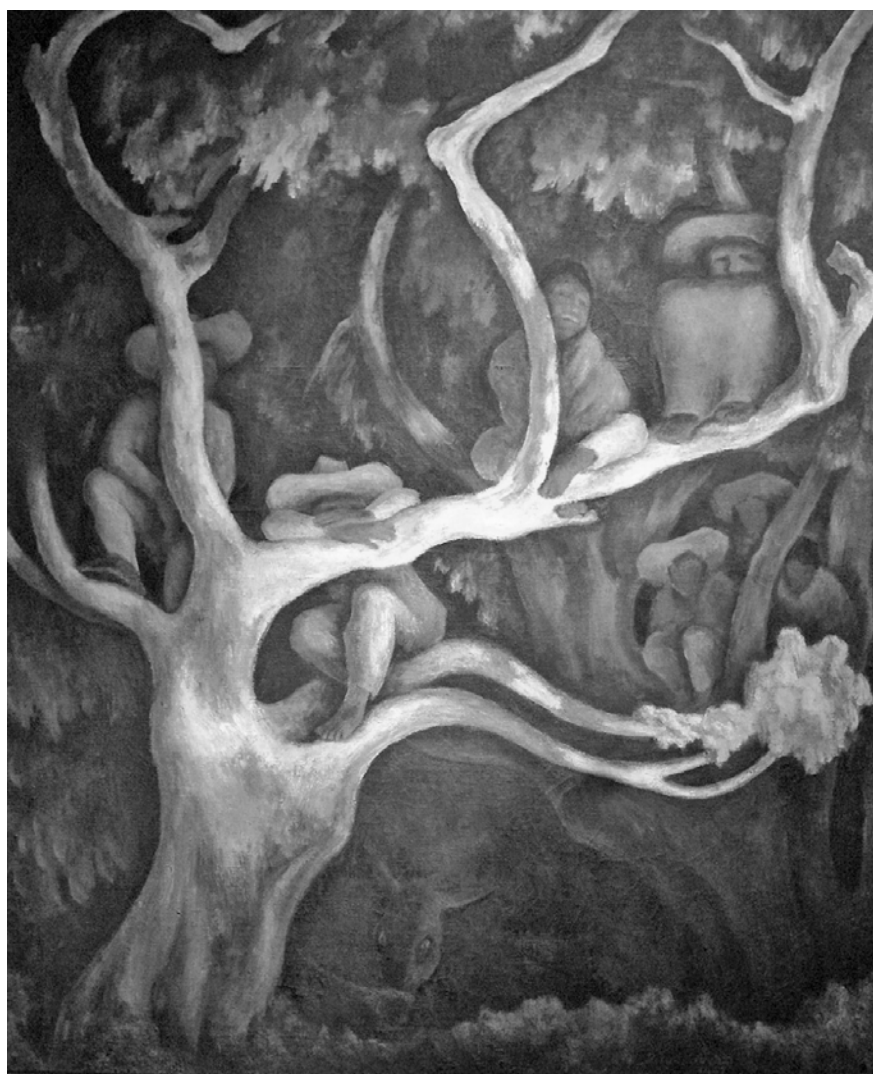
El respeto a los Derechos Humanos se hace patente al recibir atención, inclusión de su condición como persona, con respeto de parte del profesional de salud mental.

La atención especializada, integra los cambios y el aprovechamiento del acelerado desarrollo científico que permite la comprensión de los factores que originan y mantienen la enfermedad mental; que abre las posibilidades en recursos humanos, físicos, terapéuticos y, sin lugar a duda, el capital económico para su atención. Se beneficia al usuario con la implantación de programas extra hospitalarios y comunitarios en las opciones de: hospital de día, centro de día, el servicio de consulta externa, casas de medio camino y talleres protegidos desde la perspectiva integral de la complejidad biológica psicológica y social de la enfermedad mental.

Así, se concluye que, en la ordenanza es contemplada la formulación del Plan Nacional de Desarrollo (PND) el cual vislumbra un estudio de la realidad de México y la forma en que pretende dar solución a prioridades seleccionadas a realizarse durante su vigencia de seis años.

Capítulo 2

Políticas Públicas en Salud Mental en México.



Exposición “escenarios de identidad” pintura pos revolucionaria

Cuántas veces experimentamos en nuestra propia carne, o en la de nuestra familia, en la de nuestros amigos o vecinos, el dolor que nace de no sentir reconocida esa dignidad que todos llevamos dentro.

Cuántas veces —y con dolor lo digo— somos ciegos e inmunes ante la falta del reconocimiento de la dignidad propia y ajena.

Mensaje del papa Francisco a la comunidad de Ecatepec, febrero de 2016.

En las comunidades urbanas suelen concentrarse la mayor cantidad de personas, productos y servicios de una nación; las administraciones presidenciales tienen a su cargo estudiar la realidad de México que ha propiciado brechas entre sectores económicos y geográficos; con esa información se visualiza la oportunidad de enlazar objetivos a largo plazo, para generar una sucesiva planeación fundamental a nivel nacional que garantice los derechos básicos de los habitantes, con apego a los derechos fundamentales del ser humano y consecuentemente el progreso del país.

Todo inicia con la planeación, que es la estrategia que vincula el sistema y la ordenanza a llevarse a cabo. Cada ciclo presidencial desarrolla una visión general que rige la programación y gastos de la Administración Pública Federal, a la cual se adhiere toda la actividad política a través de Políticas Públicas que fomentan y facilitan su cabal cumplimiento. La protección de la salud, en México, es un Derecho Constitucional desde 1983 y se ha transformado desde entonces a partir de los aportes científicos y criterios internacionales sobre las necesidades en salud de la población.

2.1 Conceptualización de Políticas Públicas.

Una Nación se conduce a través de políticas públicas, éstas son las decisiones tomadas por los empleados de gobierno en su categoría de políticos que a través del ejercicio de la ciencia política satisfacen los problemas de interés político.

Las políticas públicas pertenecen al campo de las Ciencias Sociales donde los sociólogos representan a las disciplinas que estudian los fenómenos humanos a través de: la definición, la descripción de componentes y determinantes sociales, del contexto y la explicación de grandes hechos sociales. Su fruto sirve para diagnosticar tendencias y pilotar a los políticos en la toma de decisiones dirigidas a resolver conflictos relativos al bienestar de las relaciones humanas dentro del entorno social, es decir; las ciencias sociales exponen la realidad social (Aguilar Astorga, 2009).

Ahora bien, como segmento de las Ciencias Sociales existen las Ciencias de la Política que son la rama de especialización encargada de resolver los problemas sobre el bienestar humano²². Los politólogos, sociólogos y políticos con el conocimiento de las políticas²³ y en las políticas²⁴, estudian el contexto y la necesidad social; detectan posibles problemas de impacto negativo respecto al bienestar de la humanidad y proponen con base en la búsqueda y sistematización de evidencia soluciones racionales, así; los problemas públicos de la sociedad y sus decisiones, tienen por objeto de estudio a las políticas públicas que a través de sus metodologías aportan evidencia empírica²⁵ para avanzar en el conocimiento de los problemas fundamentales del hombre en sociedad.

Lo que se concluye es que las Políticas Públicas son las decisiones racionales específicas tomadas frente a las situaciones públicas, de interés público y la perspectiva en que éstas son resueltas por los políticos. Las decisiones públicas se cimientan sobre el Derecho de las personas y sus garantías.

Fig. 2 Representación de las Políticas Públicas como parte de las Ciencias Sociales.



Fuente: Autoría propia, tomada de Aguilar Astorga y Lima Facio (2009), ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas? en contribuciones a las Ciencias Sociales,.

²² *Bienestar humano*, se refiere a la satisfacción personal que engloba la calidad de opciones de vida económica, física, mental, social y en su entorno de vida.

²³ El conocimiento *de* las políticas refiere a causas y efectos, a cómo y por qué determinados problemas se hacen o no de estatus público; su operación e instrumentación del gobierno como factores políticos asociados a la producción de programas y estrategias de acción.

²⁴ El conocimiento *en* las políticas se refiere al proceso de elaboración de políticas públicas, la actividad normativa de construir y evaluar las mejores opciones de política y ponderar incorporar la metodología científica.

²⁵ Es aquella observación testimonial que sirve como apoyo u oposición a una hipótesis o teoría científica, en las ciencias sociales, es parte fundamental de la creación de la Políticas Públicas.

Analógicamente, se puede decir que las Políticas Públicas y la Política son las caras de una moneda; ambas son mecanismos que intervienen en el poder social, se influyen recíprocamente y se separan en lo ambiguo del sistema político. Mientras, la Política se refiere al poder en general que busca establecer, influir o bloquear Políticas Públicas sobre algún tema (salud mental en nuestro caso) como actividad es dirigida a la toma de decisiones para alcanzar ciertos objetivos. La política es una forma de ejercer el poder con la intención de resolver o disminuir conflictos por el choque de intereses que se originan dentro de una sociedad²⁶.

Cabe mencionar que las Políticas Públicas reflejan el conocimiento del campo en el contexto socio-histórico, político y organizacional, de tal modo, que son una rama disciplinaria de las ciencias sociales con interés en los problemas de la misma, regida primordialmente por un interés práctico de bases científicas que al paso del tiempo ha enfatizado el proceso de inclusión de los retos públicos en la Agenda Política²⁷ lo cual obliga a los políticos a identificar la historia de la causa de la situación a resolver, además de legitimar los recursos, las reglas y las instituciones involucradas como son las estrategias que orientan la política pública. El proceso de desarrollo de políticas públicas inicia en la capacidad del gobierno para ofrecer soluciones y su capacidad de definir cuales dificultades tienen mejores probabilidades para generar mecanismos de solución.

A su vez, el concepto de Políticas Públicas involucra las habilidades profesionales necesarias para participar en el proceso de decisiones políticas²⁸, las habilidades científicas para incorporar datos y teoremas de la ciencia en el proceso de decisión de la política con el objetivo de mejorar la disposición pública (Aguilar Astorga, 2009).

En la antigüedad los sistemas políticos fueron absolutistas, dado que el poder lo tenía un solo sujeto. A partir de la Revolución Francesa y la Constitución de los Estados Unidos se germinó

²⁶ Los griegos fueron los primeros en formalizar la necesidad humana de organizar la vida social y los gobiernos.

²⁷ *Agenda Política* es aquella relativa al conjunto de acciones y actividades que han propuesto o programado los diversos factores políticos en un sistema democrático. Generalmente, la agenda política es establecida, por el grupo político gobernante, e involucra la serie de gestiones y tareas que este se ha comprometido a cumplir para arribar al poder. El proceso de definición de la agenda enfoca las acciones y actividades que deberán cumplir los funcionarios de cada Secretaría y sus organismos.

²⁸ Se conforma de las siguientes fases: inicio, estimación, selección, implementación, evaluación y finalización.

un esquema político de características democráticas, la toma de decisiones con la voluntad general del pueblo.

Teóricamente, la democracia, es la forma de organización política basada en una Constitución aprobada por el pueblo, el cual ejerce un poder parcial y organizacional cuyo objetivo es representar las ideas del mismo dentro y fuera de su territorio, en la práctica, es difícil que los políticos dejen sus intereses particulares y gremiales para custodiar los intereses de un pueblo que confía en sus representantes, es propio mencionar que todas las teorías coinciden en que la actividad política solo puede hacerse realidad mediante el establecimiento de normas²⁹ jurídicas³⁰ que establezcan qué se debe o que se puede hacer en determinado espacio.

Tabla 4 Niveles de Análisis de Políticas Públicas.

Nivel de análisis	Contexto latinoamericano	Características
Política (de Gobierno)	Estado	Tipo de gobierno (democrático, autocrático, autoritario).
Políticos (los agentes)	Proceso de lucha poder entre partidos políticos.	Relaciones de acuerdo al tipo de gobierno.
Políticas (garantías)	Estrategias de acción. Decisiones de gobierno.	Privadas y/o publicas correspondientes.

Fuente: Elaboración propia, Tomada de: Aguilar & Lima, (2009), ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas?.

²⁹ La *norma* ordena la conducta humana prescribiendo determinados comportamientos o señalando determinados efectos a los actos humanos.

³⁰ *Norma jurídica* (Enciclopedia Jurídica, 2014) es la unidad mínima que integra el ordenamiento jurídico, precepto que regula el comportamiento de los individuos en la sociedad y cuya falta se encuentra sancionado por el propio ordenamiento. La norma jurídica se estructura por: una hipótesis, o supuesto de hecho, y una consecuencia jurídica, de modo que la concurrencia de ciertas circunstancias determina la aplicación del mandato establecido por la ley; además es heterónoma (son impuestas desde fuera del individuo sometido a ellas), bilateral (se refieren a la conducta de una persona en relación con al menos otra persona) y coercitiva (en su aplicación). Desde un punto de vista lógico, la norma jurídica es un juicio.

Eugenio Lahera³¹ en su publicación para CEPAL, 2004, expone que las políticas públicas pueden: acotar las discusiones políticas, diferenciar problemas y soluciones de manera específica, precisar las diferencias, vincular los temas a soluciones más amplias o secuenciales, plantearse esfuerzos compartidos, participar de manera específica.

El concepto tradicional procuró al Estado dominio casi exclusivo para solucionar los problemas públicos, saltando las líneas estatales. Eugenio Lahera, aporta una concepción más amplia y comprensiva, que la identifica como los cursos de acción y los flujos de información referidos a un objetivo público democráticamente definido, en cuya consecución participa el sector privado. A su juicio, una política pública de calidad incluye orientaciones precisas, instrumentos y mecanismos para llevarlos a cabo, la puntual definición del marco institucional idóneo y la previsión de sus resultados.

Por su parte, Aguilar (2016: 66), reconocido como pionero de las políticas públicas en México en su compilación *El estudio de las políticas públicas*, sugiere, “que el significado teórico y práctico de las ciencias o análisis de las políticas surge en la obligación de razones hacia elaborar las políticas independientemente de cómo un tercero lo concibe”. La validez de su ejercicio intelectual, el programa de investigación de las ciencias o análisis de políticas está sobre toda preferencia conceptual y valorativa, sobre el Estado o la acción gubernamental. Suficiente es que el ciudadano reclame legalidad y eficiencia de gobierno en el cumplimiento de sus funciones constitucionales. La valoración específica está en el investigador engendrado por las fuerzas pueblo versus Estado.

En conclusión, las Políticas Públicas aplicadas como programas de acción gubernamental en un sector de la sociedad o espacio geográfico, ha sido el perfil en que una autoridad pública actúa frente a un problema que obstaculiza el bienestar público.

³¹ **Eugenio Lahera**, es profesor universitario y Asesor en Políticas Públicas del Gobierno de Chile, Eugenio Lahera ha escrito una obra llamada a convertirse -por su calidad intrínseca- en una herramienta indispensable para el diseño y la gestión eficiente de las políticas públicas en América Latina, así como en un texto básico para la enseñanza de esta importante área de la Ciencia Política contemporánea.

2.2 La Organización Mundial de la Salud (OMS)

Las Políticas Públicas se enriquecen de documentos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) que sirven de guía y apoyo en materia de salud a los 194 países miembros³², para ello está organizada en regiones: la Organización Panamericana de la Salud³³ (OPS) es la Oficina Regional para las Américas.

Como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional dentro del Sistema de las Naciones Unidas, la OMS tiene la diligencia de promover la salud durante el ciclo de vida; los sistemas de salud y los servicios institucionales. A su vez, su acompaña en la coordinación de las acciones de diferentes sectores del gobierno e incorporados, incluyendo asociados bilaterales y multilaterales, el capital y fundaciones, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado. La OMS ofrece apoyo, asegura y respalda estrategias, planes y políticas sanitarias nacionales en el cumplimiento de los compromisos colectivos asumidos en materia de salud.

La preocupación sanitaria mundial concibió en 1978, con la Declaración Alma Ata³⁴, diversos esfuerzos a través de Conferencias que se apoyan sucesivamente circunscribiendo conceptos, objetivos, logros y tareas que originaron documentos completando una visión que ofreció un sólido apoyo a la toma de decisiones con el fin de generar en los países miembros de la OMS las políticas sanas en salud mental.

Desde 1876, nuestra Nación estructura sus instituciones de salud y como miembro activo en la OMS contempla sus recomendaciones en las actividades políticas.

³² En 1948 se fundó la OMS y México estuvo presente. Se cuenta con una oficina regional desde 1952.

³³ . La OPS además es un organismo especializado del Sistema Interamericano regido por la Carta de la Organización de los Estados Americanos, fundada en 1902.

³⁴ La Declaración Alma Ata (1978) es un documento que un concepto de *salud* que trasciende la ausencia de enfermedades o afecciones y, como un derecho humano exige la participación de sectores sociales, económicos y sanitarios siendo entonces la atención primaria un pilar y un objetivo social fundamental en la política sanitaria.

Prosperando México como un país democrático, sus políticas públicas en salud inician con un método de planificación estratégica o por objetivos que en los últimos años han tomado fuerza para racionalizar y ser guía de las políticas. La estrategia es planificar definiendo resultados y mejorar la productividad (Gobierno de la República, 2013) .

2.2.1. Una mirada de la OMS en México en materia de Salud Mental.

Retomando lo mencionado en el Capítulo 1, la Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que la Salud Pública es la disciplina encargada de proteger la salud a nivel poblacional, presume que ésta es eficaz en la medida en que las Instituciones, la comunidad médica y los usuarios avancen con el objetivo común de promover la salud y adoptar las medidas que protejan a la población.

En el campo sanitario, la planificación calculada por objetivos tuvo su auge durante incapacidad de los sistemas sanitarios ante las crecientes necesidades y las expectativas sociales que obligaron a implementar políticas sanitarias compatibles con la racionalización y el desarrollo del sector, se tuvo objetivos enfocados a la salud de los individuos y se dejó de lado lo relativo a la estructura y organización del sistema sanitario. El ejemplo por excelencia es la estrategia de la OMS: Salud para todos en el año 2000 (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La Estrategia de Cooperación (Organización Mundial de la Salud, 2016) en los países es un instrumento que orienta y configura el proceso de planificación del trabajo de la OMS con cada miembro, la cual es flexible para acoplarse al ciclo de planificación sanitaria nacional creado de las necesidades e insuficiencias de los países con vigencia de 4 a 6 años. Las áreas de colaboración estratégica de la OMS trascienden en la Agenda Estratégica del país y permite la elaboración de un presupuesto bienal por programas nacionales que facilitan el análisis a fondo de las seis prioridades de liderazgo del duodécimo programa general de trabajo de cada miembro. La oficina de la OMS en el país sufraga las áreas de interés principal.

Fig. 3 Ciclo de formulación de la Estrategia de Cooperación OMS.



Fuente: Autoría propia tomada de: World Health Organization y Organización Panamericana de la Salud (2015).

Este modelo sirvió para calcular y reconocer las situaciones de conflicto, mostrar las áreas de responsabilidad, identificar las necesidades y los sectores de atención apremiantes, facilitar soluciones coherentes aunque se arrastra la dificultad de establecer las prioridades, lo útil e inexcusable ante lo posible y alcanzable (Gispert, 2015)

Ahora bien, la Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con México (ECP) 2015-2018 es producto conjunto entre autoridades nacionales de salud mexicanas

y la OPS/OMS en una amplia consulta multisectorial, que incluyó instituciones del sector salud como la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y agencias del Sistema de las Naciones Unidas en México.

La ECP tiene como principal marco de referencia a nivel internacional: el XII Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019, la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017, y el

Plan Estratégico OPS/OMS 2014-2019 y, como referentes nacionales: al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018.

Finalmente, las prioridades de ECP se alinean con el PND 2013-2018, en la meta II conocida como México Incluyente y contribuye al aseguramiento del derecho al acceso efectivo a la salud, provisión de servicios de calidad en salud integral acorde a las necesidades de la población, reducir la inequidad; incorporación del concepto de salud a las políticas y destacar la condición dual de receptor y donante de la cooperación que México representa. Cabe decir que, las mencionadas prioridades constituyen el Programa de Trabajo Bienal de la OPS/OMS 16-17 y 2018-2019, que evaluará la cooperación de brinda la OPS/OMS en México frente a las autoridades nacionales para su validación.

Tabla. 5 Agenda Estratégica de la OMS (2015-2018).

Prioridades Estratégicas	Ámbitos prioritarios clave para la cooperación de la OMS
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 1: Fortalecer el acceso efectivo a los servicios de salud en el país	1.1. Contribuir al fortalecimiento del acceso efectivo, desempeño, supervisión, monitoreo y evaluación de la red de servicios de salud. 1.2. Acceso y uso eficiente de medicamentos e insumos para la salud. 1.3. Fortalecimiento sectorial de la atención primaria de la salud. 1.4. Mejorar los procesos de la atención a través de la rectoría y gobernanza en los servicios de salud. 1.5. Incorporación y uso racional de tecnologías como instrumentos para el acceso efectivo a los servicios de salud.
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 2: Fortalecer la calidad de la atención de los servicios de salud en el país	2.1. Contribuir al fortalecimiento e implementación de la política sectorial de calidad y seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud. 2.2 Fortalecer la regulación de la calidad en la atención. 2.3. Promover la participación ciudadana en la calidad de los servicios de salud. 2.4. Formación de personal en salud, con base en las necesidades de salud identificadas en el país. 2.5. Definición del Plan Nacional de Cuidados Paliativos. 2.6. Consolidar los mecanismos para la integración e intercambio de información en el Sistema. 2.7. Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer.
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 3: Contribuir técnicamente al desarrollo de programas y acciones para la promoción de la salud y la prevención y control de enfermedades	3.1. Enfermedades Crónicas No Transmisibles, factores de riesgo, y envejecimiento saludable. 3.2. Enfermedades transmisibles con énfasis en: VIH, Sida, transmisibles por vectores, inmunoprevenibles, emergentes y reemergentes. 3.3. Salud materna, perinatal y reproductiva con enfoque intercultural y equidad de género. 3.4. Consolidación de acciones intersectoriales de promoción de la salud, prevención de enfermedades. 3.5. Desarrollo y consolidación de intervenciones para la protección contra riesgos sanitarios.
PRIORIDAD ESTRATÉGICA 4: Promover la cooperación internacional en salud	4.1. Impulsar nuevos esquemas de cooperación Sur-Sur y de fronteras en salud pública que permitan fortalecer capacidades locales y regionales. 4.2. Aspectos multidimensionales de la migración y salud.

Fuente : Organización Mundial de la Salud,(2015), Estrategia de Cooperación resumen.

Es oportuno, mencionar los dos documentos concernientes a la salud mental reconocida por la OMS como brecha olvidada. En 2005, la OMS basándose en su política, lanzó un conjunto de Guías bajo el título Sistemas de Información en Salud Mental³⁵ (SISM), en ellas promueve la planificación de servicios, según necesidades y prioridades a desarrollar políticas de salud mental a través de la atención primaria y el ambiente comunitario.

Posteriormente, en 2008 surgió el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (MhGAP), donde la OMS advierte como un “hecho que la salud mental afecta intrínsecamente a la salud física” y viceversa, respecto a “... lograr un estado más completo de bienestar” son inseparables (Organización Mundial de la Salud, 2008).

El citado programa reconoció la relevancia que la salud mental tiene en relación al bienestar personal a través de sus relaciones sociales y su repercusión en el sano desarrollo de las naciones.

Enuncia una relación negativa formada ante la enfermedad mental y la pobreza desatando dependencia económica, con aumentando la debilidad financiera familiar que al formar un bucle negativo incrementa riesgos en la salud general y su incapacidad de acudir a servicios de salud. “El Programa identifica estrategias para justificar, mejorar y aumentar la cobertura de intervenciones clave en afecciones prioritarias con entornos de recursos limitados” (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Recapitulando, la OMS mira a México muy activo bilateralmente en la Cooperación Internacional, en el sector salud participa en foros sub-regionales como la Alianza del Pacífico y como miembro de la OEA, ONU, OCDE, etc. Paralelamente dona y recibe cooperación en materia de salud una transición epidemiológica de enfermedades infecciosas como los tipos de cáncer hacia enfermedades crónicas no transmisibles siendo el caso de la obesidad en general y la inversión de la pirámide poblacional rubros de atención necesaria, sin embargo, el país conserva la capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional³⁶ (RSI).

³⁵ El Sistema de Información en Salud Mental (SISM), fué publicado en 2005 en idioma inglés y la versión en español se publicó hasta el 2010.

³⁶ El Reglamento Sanitario Internacional (RSI), se adoptó por la Asamblea Mundial de la Salud en 1969 abarcando 4 “enfermedades cuarentenables”. En 2003 fue revisado y entró en vigor en junio de 2007.

Se reformó en 2003 la Ley General de Salud avanzando en la meta total de Protección Social en Salud entre otras. Política y económicamente la actual Administración Presidencial propuso e impulsa 11 reformas estructurales que estimulan el desarrollo económico que permitirá, a un plazo de 10 años cerrar los vacíos de inequidad y desigualdad social. Aun así, el gasto público en salud está por debajo del límite de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Por último, la agenda de desarrollo se incorporó transversalmente en los sistemas de planeación y rendición de cuentas en México que el Comité Técnico Especializado de los Objetivos de Desarrollo Sostenible da seguimiento en adición a la Presidencia de la República, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Al detalle, México es una economía emergente sostenida que pese a sus cifras sociodemográficas se confía en potencial crecimiento.

Tabla 6 Perfil socioeconómico y demográfico de México, 2015.

Demográficos	Expectativa de vida al nacer:	77 años.
	Expectativa de vida mujeres:	79.4 años.
	Expectativa de vida varones:	74.6 años.
	Habitantes (en miles):	127, 017.0 mdp
	Mujeres:	63, 836.0 mdp
	Hombres:	63, 181.0 mdp
	Población urbana:	79.2%
	Rango de fertilidad (niños/mujer):	2.2
Morbilidad y factores de riesgo.	No. confirmado de casos de sarampión:	1
Mortalidad	En menores de 5 años, estimado por cada 1000:	13.2
R e s u m e n	Población que usa agua embotellada:	96.1%

	Menores de 1 año vacunados contra difteria, tosferina y tetanos:	87.0%
	Menores de 1 año vacunados contra poliomielitis.	87.0%
	Menores de 1 año vacunados contra tuberculosis.	100 %
Socioeconómicos	Rango de alfabetización:	94.4%
	Alfabetización en mujeres:	93.4%
	Alfabetización en varones:	95.6%
	IDH ³⁷	0.750

Coneval, 2015. Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas 2014.

Respecto a la Salud Mental, ha sido un rubro de poca atención en México que ha tomado relevancia a últimos años dado que el pensamiento de enfermedad evidente refiere al aspecto físico y/o biológico y la percepción de dolencia o incomodidad física por parte de la persona que pierde la salud y puede incluso despreciar la atención médica hasta que el malestar le impide realizar sus actividades diarias o elementales. El sistema de salud mundial ha provisto la atención dirigida a la prevención de enfermedad, la promoción de la salud como el medio para disminuir los gastos económicos institucionales y familiares que toda situación de enfermedad genera. En 2005, se cambió el paradigma mirando el vacío en la atención a la salud mental.

³⁷ Índice de Desarrollo Humano (IDH), es un indicador de carácter social que integra tres dimensiones esenciales: vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente, en la claridad que pocas oportunidades en estas dimensiones, muchas otras oportunidades serán inaccesibles.

Tabla 7 Medición de pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2016.

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos											
	Porcentaje				Millones de personas				Carencias promedio			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Pobreza												
Población en situación de pobreza	46.1	45.5	46.2	43.6	52.8	53.3	55.3	53.4	2.6	2.4	2.3	2.2
Población en situación de pobreza moderada	34.8	35.7	36.6	35.9	39.8	41.8	43.9	44.0	2.2	2.0	1.9	1.9
Población en situación de pobreza extrema	11.3	9.8	9.5	7.6	13.0	11.5	11.4	9.4	3.8	3.7	3.6	3.5
Población vulnerable por carencias sociales	28.1	28.6	26.3	26.8	32.1	33.5	31.5	32.9	1.9	1.8	1.8	1.7
Población vulnerable por ingresos	5.9	6.2	7.1	7.0	6.7	7.2	8.5	8.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Población no pobre y no vulnerable	19.9	19.8	20.5	22.6	22.8	23.2	24.6	27.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Privación social												
Población con al menos una carencia social	74.2	74.1	72.4	70.4	85.0	86.9	86.8	86.3	2.3	2.2	2.1	2.0
Población con al menos tres carencias sociales	28.2	23.9	22.1	18.7	32.4	28.1	26.5	23.0	3.6	3.5	3.5	3.4
Indicadores de carencia social												
Rezago educativo	20.7	19.2	18.7	17.4	23.7	22.6	22.4	21.3	3.1	2.9	2.8	2.6
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	18.2	15.5	33.5	25.3	21.8	19.1	3.0	2.8	2.8	2.7
Carencia por acceso a la seguridad social	60.7	61.2	58.5	55.8	69.6	71.8	70.1	68.4	2.5	2.3	2.3	2.2
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	15.2	13.6	12.3	12.0	17.4	15.9	14.8	14.8	3.6	3.4	3.3	3.1
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	21.2	21.2	19.3	26.3	24.9	25.4	23.7	3.3	3.2	3.1	2.9
Carencia por acceso a la alimentación	24.8	23.3	23.4	20.1	28.4	27.4	28.0	24.6	3.0	2.9	2.8	2.6
Bienestar												
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	19.4	20.0	20.6	17.5	22.2	23.5	24.6	21.4	2.9	2.5	2.5	2.4
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	52.0	51.6	53.2	50.6	59.6	60.6	63.8	62.0	2.3	2.1	2.0	1.9

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y el MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Cronológicamente en octubre de 2002 y por un año efectivo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó la Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana con base en las prioridades definidas por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) perteneciente a la Secretaría de Salud (SSA), señalando que no cubrió todo lo concerniente a los servicios y a las instituciones encargadas de la salud mental en México; no fueron evaluados los grupos de autoayuda, Centros de Integración Juvenil; ni considerado analizar las problemáticas específicas como depresión, alcoholismo ni suicidios, ejemplos de alta o creciente incidencia que intervienen en la salud mental nacional porque recién se habían incluido en la Encuesta Nacional de Psiquiatría, como iniciativa Salud Mental 2000 de la OPS/OMS.

La Encuesta confirmó la necesidad de cuidados y atención al sector y, las limitaciones para satisfacerlas lo que impulsó el camino de la Reforma Psiquiátrica en México asumida por el Dr. Julio Frenk. La labor de OPS destacó el trabajo en el Hospital Psiquiátrico de Pachuca que concibió el denominado Modelo Miguel Hidalgo; en San Luis Potosí el proyecto Protocolo para la Atención de Personas en Condición Mental Crítica en la Vía Pública (PAVIP); el orden conceptual y terminológico de niveles y filtros de atención.

Las observaciones del equipo de especialistas fueron:

- La necesidad de transformar el sistema de servicios de salud mental asilar por un modelo de atención comunitaria.
- La viabilidad de un sistema con base en el primer nivel de atención (Unidad Médico Familiar) y la participación comunitaria.
- Reconocer la necesidad de implementar programas de atención a personas con Trastorno Mental Severo (TMS) que permitirán evaluar el desarrollo y fortaleza de las redes de atención comunitaria.
- Priorizar las actividades terapéuticas, promoción, orientación, acompañamiento adicional a lo médico.
- Dirigir las principales inversiones económicas a los programas, no al inmueble.
- Avanzar progresivamente en opciones de hospitalización parcial y domiciliaria, con promoción de redes comunitarias de apoyo a los enfermos.
- Considerar la importancia de crear servicios de psiquiatría en los hospitales generales, además creas Centros Ocupacionales de Capacitación Alternativa para TMS y reinsertarlos laboralmente

Fig. 4 Organización de la infraestructura (acorde al Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental)

1. Centros de Salud.
2. Centro de Salud con Módulo de Salud Mental.
3. Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM)
4. Centro Integral de Salud Mental (CISAME)
5. Unidades de Psiquiatría en Hospitales de Segundo Nivel.
6. Villas de Hospitalización Intermedia.

Características de los Centro CECOSAM y CISAME.

- * **Modelo arquitectónico pequeño.**
- * **Localizado en la comunidad y**
- * **Parte del Primer Nivel de Atención (Unidad Familiar)**

Fuente: Elaboración propia con información de Programa de Acción Específico, Salud mental 2013 – 2018, programa Sectorial de Salud.

El Modelo Hidalgo (Secretaria de Salud de Morelos, 2013) apuesta por el 56% de personas afectadas que alcanzan a ser conscientes de su padecimiento y resolver su situación en la Unidad Familiar; por el 6.8% que será canalizado a consulta psiquiátrica, donde solo el 2.4% será hospitalizado. El modelo

demuestra la capacidad resolutoria que alcanza el medico de primer nivel de atención: 97.6% de casos por enfermedad mental.

La antigua visión de concebir al ser humano sólo como un cuerpo, facilitó ignorar que algunas enfermedades médicas detonan trastornos mentales en individuos susceptibles, por ejemplo: enfermedades endocrinológicas, inmunológicas, cardiacas y neurológicas generan trastornos de ánimo y/o trastornos de personalidad.

Posteriormente, en el documento La Salud Mental en México, publicada en marzo de 2005, se asume la necesidad de salvaguardar la salud mental determinada por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos además de la salud física como parte de las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación que competen a la salud pública. (Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social, 2005.

Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental actual.

Reestructurar	Atención en Primer nivel	Centros de Salud Centro Integral de Salud Mental (CISAME)
	Hospitalización corta	Unidad de Psiquiatría Villa de Transición Hospitalaria. Hospital Psiquiátrico.
	Reinserción social	Casa de Medio Camino. Depto Independiente Casa de día para Adultos Mayores.
Rehabilitación psicosocial	En unidades públicas de salud mental.	Generar talleres de inducción laboral. Salidas terapéuticas Centros de abasto básico y Programa invierno sin frío.
Promoción de la Salud Mental		
Programas Específicos		PAE en Salud Mental PAE en Psiquiatría PAE en Salud
Derechos Humanos		Atención gratuita, digna, oportuna e integral, con calidez y calidad.

La LVIII Legislatura inició la reforma a la Ley General de Salud que el día 24 de abril de 2005 fue aprobada por la LIX Legislatura, esta incluyó al Sistema de Salud Mental que contempla un modelo de Atención en Salud Mental congruente con los acuerdos internacionales en la materia como el cierre de hospitales de psiquiátricos asilares o estancia prolongada.

Este documento integró el concepto de calidad de vida y autodeterminación, además de mencionar el planteamiento de la anti psiquiatría, que al final, en menor escala, la problemática esencial del enfermo mental es: su control, manejo y reinserción social dado que son conocidos los factores de riesgo que detonan desequilibrios mentales como son: la pobreza, desempleo, migración internacional o a las grandes ciudades, bajo nivel educativo, cambio de roles familiares, violencia, abusos y traumas, abuso de sustancias, situación de calle, las capacidades físicas o mentales diferentes, adicciones, maternidad temprana, la edad avanzada, grupo indígena y los enfermos mentales delincuentes.

Estos indicadores de riesgo en población vulnerable serán tratados más a fondo en el capítulo cuatro, ya que serán fundamentales para el análisis de la información que muestra esta comunidad determinada como en riesgo social.

Ahora al año 2015 los datos de INEGI registran 43 mil 700 defunciones por trastornos mentales en México, se observa que 1:4 mexicanos de entre 18 y 65 años ha padecido una enfermedad de mental y sólo 2.5% de los pacientes se encuentran bajo supervisión de algún especialista.

2.3 Calidad de Vida y Enfermedades Mentales.

Se estima que los trastornos mentales neuro psiquiátricos ocupan el 5° lugar como carga de enfermedad. La esquizofrenia, depresión, el trastorno obsesivo compulsivo y el alcoholismo son cuatro de las diez enfermedades mayormente incapacitantes. Se espera un incremento en la población debido a los factores de riesgo de nuestro país como la pobreza, envejecimiento poblacional, abuso de drogas prohibidas, entre otros.

Tabla 8. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2003.

Rubro	Especificación	ENSANUT 2003
Población que ha presentado:	+1 trastorno en la vida.	28.6%
Reporto en los últimos	12 meses	13.9%
Reportó en los últimos	30 días	5.8%
Por tipo de trastorno:	Ansiedad	14.3
	Por uso de sustancias	9.2%
	Afectivos	9.1%
Por género, alguna vez en la vida:	Hombres	30.4%
	Mujeres	27.1%
Por género, prevalencia en los últimos 12 meses:	Hombres	12.9%
	Mujeres	14.8%
Trastorno individual o específico:	Fobia específica	7.1%
	De conducta	6.1%
	Dependencia al alcohol	5.9%
	Fobia social	4.7%
	Episodio depresivo mayor.	3.3%
Los tres trastornos más frecuentes según género:	Hombres	Dependencia al alcohol, de conducta y abuso de alcohol (9.3%).
	Mujeres	Fobia específica, fobia social y episodio depresivo mayor.
Trastornos en niños se presentan a la edad de:	5 años	Ansiedad de separación.
	6 años	De atención.
	7 años	Fobia específica.
	8 años	Oposicionista
Trastornos de la vida adulta entre 18 y 65 años de edad. (9%)	Ansiedad	
	Afectivos	7.8%
	Por uso de sustancias	
Trastornos por región geográfica		
Centro oeste	Tr en la vida	36.7%
Prevalencia:	Tr. del tipo afectivo	2.5%
Áreas metropolitanas	De ansiedad.	3.4%
Región Norte, prevalencia	Abuso de sustancias.	1.7%
Recibieron atención:	Con un trastorno	1:10 personas
	Con dos o más trastornos	1:5 personas
	Con tres o más trastornos	1:10 personas
Población urbana buscó ayuda:	Con Tr. Depresión mayor	20% de enfermos
Con tr emocional busco ayuda en:	Redes sociales	
	A familiares y amigos	54%
	Sacerdotes y ministros	10%
	Automedicación	15%

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública (2003), Encuesta Nacional de Salud 2000, la Salud de los Adultos.

El Informe de Salud de los Mexicanos 2013, muestra a la depresión como la 5ª causa de carga de la enfermedad nacional y la violencia como 10ª causa, sin embargo, en el Estado de México se invierte quedando la violencia antes que la depresión en las posiciones 9º y 10º. Asimismo, la enfermedad mental como Alzheimer (4.3%) es la 7ª causa de muerte por edad y 12ª causa de muerte prematura con el 1.7%, seguida de suicidio (1.4%); ahora bien, la depresión (9.8%) es la primera razón de mortalidad por años vividos con discapacidad, la ansiedad (3.9%) es el 6º puesto y esquizofrenia (1.8%) el 13º lugar.

Años de vida saludable perdidos (AVISA): depresión (3.8%) es la 5ª posición, homicidios (3.2%) es la 10ª posición (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2015).

2.4 Plan Nacional de Desarrollo, 2013-2018

Es preciso hacer una breve revisión de los documentos que dieron forma y razón a las políticas públicas en salud mental para México y que se plasman en el Plan Nacional 2013-2018, derivadas de las ordenanzas emitidas por la OMS.

El Plan Nacional de Desarrollo es el documento generado por el Poder Ejecutivo que da cumplimiento al Art. 26 Constitucional el cual a través de la Planeación Estratégica³⁸ transmite de manera clara, concisa y medible la estrategia y visión de desarrollo del Presidente electo para conducir, mantener y mejorar la situación del país. Éste rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal.

Singularmente, en México, se convocó la participación de la población entera en la primera Consulta Ciudadana de la historia que hizo uso de las herramientas modernas de comunicación como la internet. En los foros destacaron las necesidades y preocupaciones comunitarias como “la persistencia de altos niveles de exclusión, privación de derechos sociales y desigualdad entre personas y regiones de nuestro país”. Las observaciones se clasificaron de este modo:

- a) Una Nación dividida y desigual. Se observó deficiencia en la articulación interinstitucional que deviene en esfuerzos aislados, duplicidad de programas y descoordinación entre niveles de gobierno en los procesos de diseño, gestión, implementación y monitoreo de la distribución del ingreso nacional que ha favorecido a la pobreza extrema.

³⁸ *Planeación Estratégica*, es un proceso sistemático de desarrollo e implementación de planes dirigido a alcanzar objetivos en una dirección general apoyada en la evaluación, seguimiento y medición de resultados, así como las bases de la detección de áreas de conflicto y la mejora continua de los mismos. En ella se resume la directriz que toda la organización debe seguir, teniendo como objetivo final, el alcanzar las metas fijadas, mismas que se traducen en crecimiento económico, humano o tecnológico

- b) Inequidad y discriminación. Se observó la ausencia de políticas públicas creadoras de la auténtica sociedad de derechos e igualdad de oportunidades que ha generado la exclusión social e intolerancia.
- c) En Salud. Se destaca la necesidad de planeación a largo plazo, mejora en la administración de riesgos y sentido de humanidad entre instituciones y grupos poblacionales. Se observó que el perfil de las instituciones es curativo no preventivo, que las políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucional frente al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Y, la rectoría y estructura organizacional vertical y fragmentada limita la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el sistema de salud actual.
- d) El Sistema de Seguridad Social. Se observó que el acceso a seguridad social se relaciona directamente a la situación laboral formal, lo que destaca inequitativa distribución del gasto social y limita la generación de incentivos de inclusión a la formalidad. Una consecuencia en seguridad social es falta de portabilidad de derechos entre subsistemas a nivel federal y municipios. Otra realidad es la quiebra económica del IMSS e ISSSTE ocasionado por factores internos y externos que hizo necesaria la creación de políticas que las rescate.
- e) El Acceso a vivienda digna, infraestructura social básica y desarrollo territorial. En este rubro se observó un crecimiento urbano accidentado, dado que 20 años han sido insuficientes y el pronóstico para los siguientes 20 años será de 10.8 millones más de viviendas. Tales viviendas dispersas generó debilitamiento social, baja eficiencia económica y altos costos de transporte. La propuesta es desarrollar ciudades compactas, de mayor densidad poblacional y con actividad económica sustentable.

El Plan Nacional de Desarrollo identificó cinco barreras que detienen la productividad de México, estas son: instituciones con intereses particulares y excluyentes cuya aparente democracia debilita los derechos de la ciudadanía e impacta en la economía familiar, se necesita un México en Paz; otra barrera es el dispar desarrollo social dada la prevalencia de pobreza manifiesta en el 46.2% de la población y limitada oportunidad de servicios de salud que demarca la necesidad de acceder a un México Incluyente; simultáneamente, la falta de educación en la población que restringe el uso de las herramientas disponibles como es la información, la tecnología que se refleja en el desperdicio de habilidades personales potenciales, la incapacidad de adaptación y la solución de problemas, esta barrera señala la necesidad de educación de calidad, es decir un México Próspero y, finalmente, la oportunidad de proyección internacional que inicia con la eficiencia de sus actividades, es básico lograr la capacitación del personal, eficiencia y eficacia en sus funciones.

El Plan Nacional de Desarrollo apostó por el crecimiento como el medio para alcanzar un mejor nivel de vida para toda la población, alcanzar el máximo potencial de desarrollo incluye la necesidad de propiciar una sociedad donde sus derechos constitucionales se practiquen.

Tomando en cuenta el resultado de los foros de trabajo previo el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se establecieron Ejes o Metas Nacionales, Líneas de Acción y Estrategias Transversales para alcanzar cada objetivo e indicadores que dan seguimiento al desempeño y cumplimiento de las metas establecidas. Un principio es el desarrollo económico como medio para potenciar las oportunidades de los mexicanos y desarrollar sus aspiraciones a plenitud; el plan de acción es vincular a todos los mexicanos con dinámicas productivas.

Entre las estrategias transversales para conseguir el desarrollo económico se contempla democratizar la productividad por medio de la realización de políticas públicas que eliminen obstáculos y generen los estímulos para integrar a los mexicanos a la economía formal. La segunda estrategia se refiere a no discriminar e impulsar la rendición de cuentas como señala el Art. 134 Constitucional. La tercera y última estrategia incorpora por primera vez la perspectiva de género.

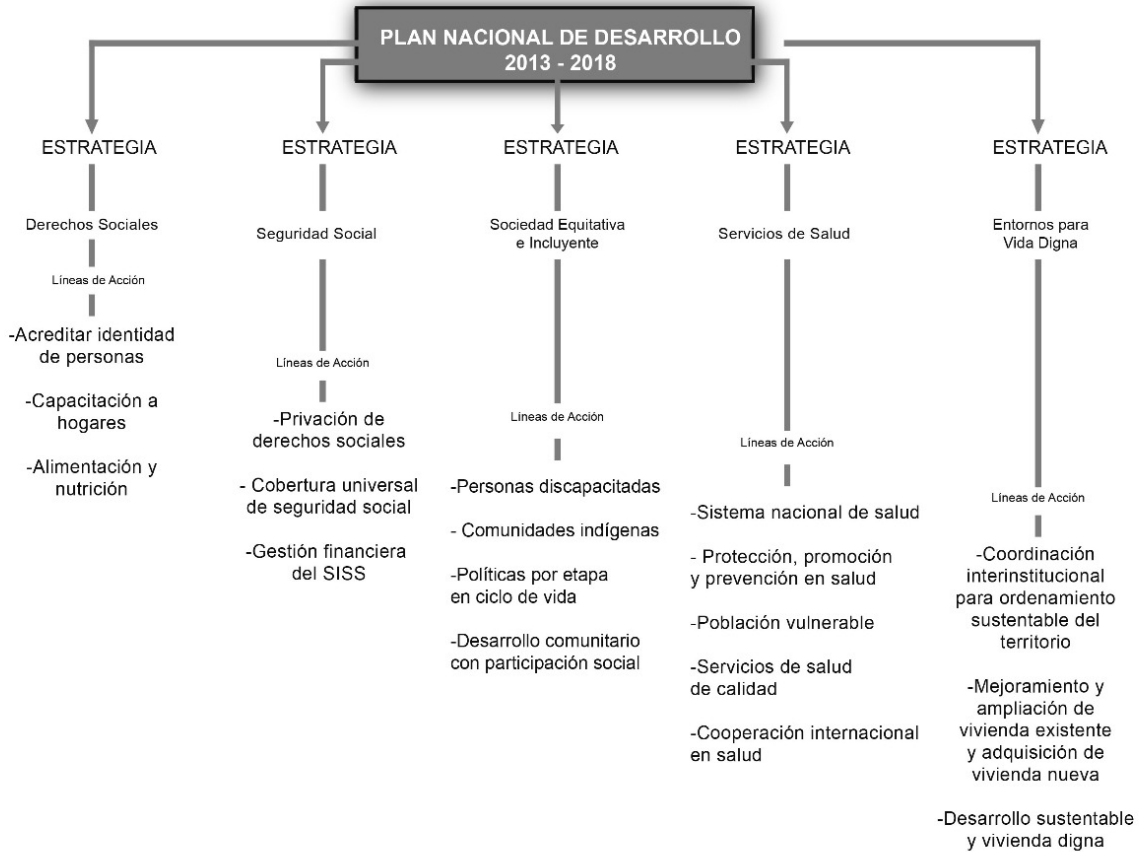
Fig. 5 Esquema del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.



Fuente: Peña, Nieto Enrique,(2013), Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República.

En lo relativo a nuestro tema de interés, éste se encuentra en la segunda meta nacional: México Incluyente, que hace referencia a la atención en salud la cual pretende disminuir la desigualdad y promover la participación social en las políticas públicas, facilitar una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud. Hablando de seguridad social incluyente el plan se refiere al diseño de una política social que haga al ciudadano actor de su superación misma a través de su organización y movilización, por tanto, cerrar brechas entre los desiguales grupos sociales y regiones del país. La planeación contempla cinco objetivos o estrategias y 18 líneas de acción.

Fig. 6 Plan Nacional de Desarrollo



Fuente: propia autoría basado en: Secretaría de Gobernación ,(2013), Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

El Presidente de la República, Lic. Enrique Peña Nieto, señaló que el tema de salud es prioridad en su administración, el acercamiento de los servicios de salud a la población para tener calidad de vida que permita la concreción tanto de sus proyectos personales de vida como comunitarios. Así mismo, manifestó que se trabaja en tres objetivos centrales en la materia:

1. Ampliar la infraestructura
2. Mejorar la calidad de los servicios de salud a la población.
3. Asegurar que en las distintas unidades médicas haya el personal médico suficiente.

Otra acción es la universalización de los servicios de salud que busca “hacer un uso más eficiente de toda la infraestructura de salud con la que se cuenta en México”, y asegurar que sirva de mejor manera a partir de una buena coordinación de los esfuerzos de las distintas instituciones.

Para lograr esta visión, se elaboró el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 que plantea 39 estrategias y 274 líneas de acción dirigidas a cubrir seis objetivos planteados en torno a:

1. Consolidar la promoción, la protección de la salud y la prevención de las enfermedades.
2. Mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad.
3. Fortalecer la regulación, el control y el fortalecimiento sanitario.
4. Reducir las brechas todavía existentes en las condiciones de salud entre distintos grupos poblacionales.
5. Optimizar la generación y el uso de recursos de salud.
6. Finalmente, para proporcionar una atención de calidad integral, técnica e interpersonal, sin importar el sexo, la edad, lugar de residencia, situación o condición laboral, se delinean estrategias para transformar el Sistema Nacional de Salud de manera que toda la población mexicana esté protegida por un esquema de aseguramiento público continuo y exista una operación integrada y coordinada entre las distintas instituciones de salud (Secretaría de Salud, 2013).

Así mismo se abrieron 239 programas sociales en el rubro de salud que abarcan desde incorporaciones al sistema de salud, enfermedades transmisibles como tuberculosis, lepra; enfermedades no transmisibles como sobrepeso y obesidad, atención a la salud mental, medicina preventiva /salud mental y salud integral.

2.4.1 Programa de Acción en Salud Mental (PAE) en Salud Mental

El Plan Nacional de Desarrollo contempla como estrategias de atención a los servicios de salud, a través de las siguientes líneas acción: del Sistema Nacional de Salud, la Protección,

Promoción y Prevención en Salud, la Población Vulnerable, los Servicios de Salud de Calidad y la Cooperación Internacional en Salud.

El STCONSAME (Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental) como organismo destinado a dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de salud mental, tiene como instrumento técnico referencial el PAE (Programa de Acción Específica) Salud Mental a través del cual dicta estrategias y líneas de acción para llevar a cabo la operación de los servicios y tiene como objetivo el acceso a servicios incluyentes, de calidad basados en un modelo comunitario de apego irrestricto a los derechos humanos.

Objetivos específicos del Plan de Acción Específica en Salud Mental

Objetivo 1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales. El objetivo principal de las acciones en atención primaria para salud mental está dirigido a mitigar los determinantes sociales que afectan la salud, incrementar las habilidades para la vida de la población y realizar detección e intervención precoz y efectiva sobre los trastornos mentales y factores de alto riesgo, de modo que sea posible prevenir la aparición de problemas y trastornos mentales.

Estrategia. 1.1. Fomentar actitudes que se reflejen en conductas saludables para mantener el bienestar biopsicosocial de la población.

Líneas de Acción:

1.1.1. Diseñar y coordinar acciones preventivas de salud mental dirigidas a familias que son víctimas de violencia social.

1.1.2. Favorecer la prevención secundaria de los trastornos mentales y del comportamiento.

1.1.3. Diseñar y difundir contenidos específicos sobre factores de riesgo y de protección para menores en edad escolar.

1.1.4. Fortalecer vínculos con la comunidad promoviendo la suscripción de convenios para ofrecer servicios que favorezcan las conductas saludables.

1.1.5. Promover actividades deportivas, culturales y recreativas a través de las unidades de salud, para fortalecer el bienestar biopsicosocial.

Estrategia 1.2. Desarrollar acciones continuas y permanentes de educación en salud mental dirigidas a población en riesgo para crear una cultura de atención oportuna.

Líneas de Acción:

1.2.1. Informar a la población signos y síntomas de los trastornos prevalentes en salud mental para su detección y atención oportuna.

1.2.2. Difundir información sobre los servicios que conforman la red de atención en salud mental.

Estrategia 1.3. Favorecer la detección oportuna de trastornos mentales o de la conducta en adultos y adultos mayores.

Líneas de Acción:

1.3.1. Establecer un Comité Técnico para la revisión de instrumentos de detección diagnóstica y lineamientos para los trastornos más prevalentes.

1.3.2. Identificar y detectar oportunamente los trastornos más prevalentes en personas adultas y adultas mayores.

1.3.3. Promover la detección oportuna del riesgo suicida en personas adultas y adultas mayores.

Estrategia 1.4. Favorecer la detección oportuna de trastornos mentales o de la conducta en niñas, niños y adolescentes en riesgo.

Líneas de Acción:

- 1.4.1. Identificar y detectar oportunamente los trastornos más prevalentes en niñas, niños y adolescentes.
- 1.4.2. Promover la detección oportuna del riesgo suicida en niñas, niños y adolescentes.
- 1.4.3. Detectar oportunamente maltrato en menores de edad.
- 1.4.4. Ofrecer programas educativos a docentes y padres sobre riesgos de la enfermedad mental y la importancia de la atención oportuna.

Estrategia 1.5. Fortalecer la prevención y promoción, a través de alianzas con el Sistema Nacional de Salud y otras instancias.

Líneas de Acción:

- 1.5.1. Favorecer la cooperación técnica al interior de la Secretaría de Salud.
- 1.5.2. Favorecer la cooperación técnica al interior del Sistema Nacional de Salud para enriquecer las acciones de promoción y prevención.
- 1.5.3. Impulsar la mejora de las prácticas de referencia intersectorial, con las Secretarías de Salud de los Estados, con el DIF y la SEP.
- 1.5.4. Promover la cooperación técnica con organismos internacionales para enriquecer las acciones de promoción y prevención.

Objetivo 2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental. La OPS propone en su Plan de Acción 2014-2020 en su línea de acción 2, que debe existir una capacidad de respuesta de los servicios de salud mental, proporcionando en el ámbito comunitario una atención integral y de calidad.

Al respecto menciona que un modelo comunitario de salud mental se basa en principios básicos adoptados/adaptados por cada país para organizar la prestación de servicios; entre sus ejes fundamentales están la descentralización, la participación social, la coordinación multisectorial y la inserción del componente salud mental en la Atención Primaria en Salud y en los hospitales generales. También supone la prestación de servicios de una manera apropiada culturalmente, así como la equidad y no discriminación por razones de género, etnia u otras condiciones.

Estrategia 2.1. Gestionar la integración de los servicios de salud mental a la red de salud general.

Líneas de Acción:

2.1.1. Elaborar el diagnóstico situacional de la red de servicios de salud mental existente en cada entidad federativa.

2.1.2. Estandarizar el funcionamiento de las unidades, basado en los lineamientos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

2.1.3. Articular la red de servicios basada en los lineamientos del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Estrategia 2.2. Promover la redistribución de los servicios de salud mental paulatinamente y a partir del consenso de los actores clave.

Líneas de Acción:

2.2.1. Desarrollar el diagnóstico situacional de los recursos humanos que integran la red de servicios de salud mental en cada Estado.

2.2.2. Impulsar la atención de urgencias psiquiátricas y hospitalización breve en hospitales generales.

2.2.3. Construir un sistema de información en salud mental que proporcione datos relevantes, oportunos y confiables para la toma de decisiones.

Estrategia 2.3. Favorecer el incremento de los servicios de salud mental.

Líneas de Acción:

2.3.1. Fortalecer la capacitación del personal de atención primaria en la Guía de Intervención mhGAP (OMSOPS).

2.3.2. Fortalecer la capacitación en las unidades de primer y segundo nivel en el Uso de Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.

2.3.3. Impulsar la construcción de Centros Integrales de Salud Mental en los estados que no cuentan con estas Unidades de Atención.

2.3.4. Promover la generación de servicios de reinserción social en la comunidad.

2.3.5. Impulsar el acceso a servicios de salud mental diferenciados para menores, evitando el estigma o la hospitalización psiquiátrica.

Objetivo 3. Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental. En el contexto de la mejora del acceso a la atención y de la calidad de los servicios, la OMS recomienda el desarrollo de servicios de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud; la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la auto asistencia.

Estrategia 3.1. Estandarizar la implementación del Modelo Miguel Hidalgo para la atención de calidad especializada en Salud Mental.

Líneas de Acción:

3.1.1. Definir las políticas de operación, procedimientos y lineamientos para atención primaria.

3.1.2. Definir las políticas de operación, procedimientos y lineamientos para atención ambulatoria especializada y hospitalización.

3.1.3. Definir las políticas de operación, procedimientos y lineamientos de los programas de reinserción social.

Estrategia 3.2. Promover el abasto suficiente de medicamento en los servicios de la red.

Líneas de Acción:

3.2.1. Establecer un mecanismo homogéneo de abasto de medicamento en unidades de atención primaria y atención ambulatoria especializada.

3.2.2. Vigilar los mecanismos para el abasto suficiente de medicamento en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

Estrategia 3.3. Supervisar la existencia de los recursos materiales y humanos suficientes para operar los servicios de los tres niveles de atención.

Líneas de Acción:

3.3.1. Verificar que los servicios de salud mental cuenten con los recursos humanos especializados suficientes para su eficiente operación.

3.3.2. Verificar la existencia de espacios dignos en los servicios de salud mental, que aseguren el respeto a los derechos humanos.

Objetivo 4. Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios. Un programa es a menudo una iniciativa a más corto plazo que una política o un plan, no obstante, esto no implica que los programas no deban pasar por una detallada planificación. Hay muchas razones por las que, en distintos momentos, se detectan ciertas prioridades que deben pasar a un primer plano y ser abordadas. Éstas no deben considerarse como distracciones o interrupciones que afectan a los objetivos de salud mental a más largo plazo, ni como desviaciones de anteriores prioridades, sino como parte integral de la provisión de servicios en salud mental.

Estrategia 4.1. Contribuir a la elaboración de Programas Específicos de Salud Mental a través de alianzas con especialistas en cada tema.

Línea de Acción:

4.1.1. Promover la cooperación técnica con organismos nacionales e internacionales para la elaboración de Programas Específicos.

Estrategia 4.2. Instrumentar los Programas Específicos de Atención para personas adultas, de acuerdo a los trastornos mentales más prevalentes en el país. Salud Mental

Líneas de Acción:

4.2.1. Favorecer la implementación de los Programas Específicos de Atención en Salud Mental para personas adultas.

Estrategia 4.3. Instrumentar los Programas Específicos de Atención a niñas, niños y adolescentes, de acuerdo a los trastornos mentales prevalentes.

Línea de Acción:

4.3.1. Favorecer la implementación de los Programas Específicos de Atención en Salud Mental para menores.

Estrategia 4.4. Instrumentar el Programa Invierno sin Frío.

Líneas de Acción:

4.4.1. Difundir los lineamientos específicos para la aplicación del Programa Invierno sin frío.

4.4.2. Supervisar que los recursos se destinen exclusivamente a la compra de los insumos propios del Programa Invierno sin Frío.

4.4.3. Favorecer la implementación del Programa Invierno sin Frío.

Estrategia 4.5. Instrumentar los Programas de Rehabilitación Psicosocial.

Líneas de Acción:

4.5.1. Difundir los lineamientos específicos para la aplicación de los Programas de Rehabilitación Psicosocial.

4.5.2. Supervisar que los recursos asignados para los Talleres Protegidos, se ejerzan en apego a la normatividad aplicable.

4.5.3. Supervisar que los recursos asignados para las Salidas Terapéuticas, se ejerzan en apego a la normatividad aplicable.

4.5.4. Supervisar que los recursos asignados para el Banco de Reforzadores, se ejerzan en apego a la normatividad aplicable.

4.5.5. Favorecer la implementación de Talleres Protegidos, Salidas Terapéuticas y Banco de Reforzadores.

Objetivo 5. Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados. La capacitación del personal de salud mental se considerará como un indicador de calidad en la atención. Parte fundamental de que los servicios alcancen o no, los resultados deseados, se enfatiza en el mejor uso posible de los conocimientos y tecnología actuales por parte del personal.

Estrategia 5.1. Fortalecer la capacitación del personal de la red de atención en salud mental con base en los lineamientos del Modelo Hidalgo.

Líneas de Acción:

5.1.1. Impulsar los programas de capacitación dirigida al personal de atención primaria en Salud Mental.

5.1.2. Fomentar la implementación de programas de capacitación continua para personal especializado en nuevos tratamientos basados en evidencia científica.

5.1.3. Favorecer la capacitación continua dirigida al personal que aplica los programas de rehabilitación psicosocial.

5.1.4. Favorecer la capacitación continua dirigida al personal que aplica el programa de Reinserción Social.

5.1.5. Impulsar la capacitación en Perspectiva de Género, Derechos Humanos y Prevención de la Tortura dirigida al personal de Salud Mental.

Objetivo 6. Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental. Los derechos humanos deben ser una dimensión clave en el diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de los programas y políticas de salud mental. Estos incluyen, entre otros, los derechos a la igualdad; a la no discriminación; a la dignidad; al respeto a la privacidad y a la autonomía individual, a la información y a la participación.

Estrategia 6.1. Vigilar el respeto de los Derechos Humanos en los servicios de Salud Mental.

Líneas de Acción:

6.1.1. Fortalecer la supervisión permanente de las unidades de hospitalización y villas de transición hospitalaria.

6.1.2. Difundir los Derechos Humanos de las y los usuarios en todas las unidades de atención.

6.1.3. Fortalecer la capacitación del personal de todas las unidades, en materia de Derechos Humanos.

6.1.4. Impulsar la conformación de los Comités Ciudadanos de Vigilancia en los Hospitales Psiquiátricos.

6.1.5. Favorecer el respeto a los derechos humanos de los y las usuarias en todas las unidades de atención.

Estrategia 6.2. Impulsar proyectos de ley y normatividad que protejan los derechos humanos y dispongan la mejora de atención.

Líneas de Acción

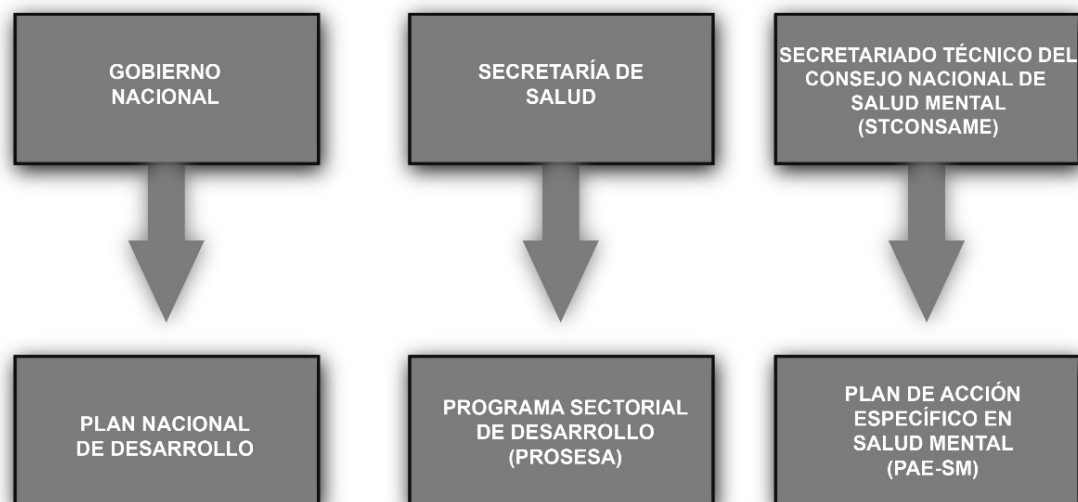
6.2.1. Promover la actualización de la normatividad vigente en Salud Mental.

Estrategias Transversales

El Programa de Atención Estratégica (PAE) en Salud Mental, mantiene una perspectiva de género incorporando a los Programas de Rehabilitación Psicosocial, un enfoque que evite reproducir los estereotipos de género, promoviendo la detección y referencia en casos de violencia sexual y familiar de las y los usuarios de servicios psiquiátricos y favoreciendo la atención psicológica con énfasis en los requerimientos de atención del grupo etario y sexo.

Así se entiende como cada entidad gubernamental emana los documentos necesarios para la atención de la salud y la salud mental.

Fig. 7 Dependencias gubernamentales que emanan cada plan relacionado con la salud mental.



Fuente: Propia autoría, basado en información recuperada de Secretaría de Gobernación (2013), Plan Nacional de Desarrollo, (2013-2018) Informe sobre Salud Mental en México, Comisión Coordinadora de institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. (2014). Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica.

Capítulo 3

El Estado de México sus indicadores sociales y los servicios de Salud Mental.



José Clemente Orozco

“ Una sociedad de pocos y para pocos ”

Mensaje del papa Francisco a la comunidad de Ecatepec, febrero de 2016.

En el campo de la Salud Pública se dice que la vulnerabilidad Social es un conjunto de relaciones, comportamientos, creencias, formas de organización y maneras de actuar de las localidades e instituciones que colocan a la comunidad en mayor o menor grado de vulnerabilidad y menor o mayor disponibilidad de recursos para protegerse, la vulnerabilidad, se manifiesta en múltiples dimensiones como la psíquica, social, económica, política, física, entre otras, y en distintas condiciones de los individuos que tengan que ver con el género, la inserción en un determinado grupo social, laboral, de contexto histórico determinado, así como también se puede reconocer vulnerabilidad diferenciada entre grupos determinados, así mismo se considera que no es estable, es decir, a lo largo del tiempo puede cambiar de un estado a otro Robichaud, Guay, Colin y Pothier (1994).

De manera que al revisar el concepto de vulnerabilidad, como trabajadores de la salud mental, dirigimos la atención hacia la vulnerabilidad psíquica ya que ésta involucra los aspectos subjetivos de cada individuo, tales como el de sus recursos cognitivos, y emocionales, para interactuar activamente con la realidad, comprendiéndola, transformándose y transformándola, en la cual, dependiendo del grado de flexibilidad o rigidez que posea en su funcionamiento psíquico, será la pauta para generar sus alternativas de afrontamiento en la resolución de los conflictos. Así mismo, en el área social, se revisarán los diferentes indicadores que describen en cifras la realidad que se vive, y que ponen de forma directa a la población en una situación de riesgo.

Así que revisaremos las condiciones de vida, el orden y los procesos sociales que vive en conjunto la población en el Estado de México, concretamente en el cuarto capítulo en el municipio de Ecatepec, y serán estos factores sociales parte del fundamento que sostiene la urgente necesidad de atención a la población en el área de la salud mental, reconociendo la vulnerabilidad social en la que se encuentra.

La revisión de los siguientes documentos mostrará ampliamente el panorama social y político que circunscribe la realidad de los habitantes de este Estado.

EL ESTADO DE MÉXICO

3.1 Informe Territorial

Forma parte de las treinta y dos entidades federativas de los Estados Unidos Mexicanos. Es uno de los estados fundadores de la federación, y el de mayor densidad de población. Se encuentra en el centro sur del país y posee una superficie mayor a 22 487.85 km². Su gentilicio es mexiquense, para distinguir a sus pobladores de los ciudadanos del país, llamados mexicanos³⁹, el clima es Templado húmedo, templado sub húmedo, semi frío, cálido y semi cálido.

Su integración territorial está compuesta por 8 552 localidades, 30 consideradas como ciudad, 47 Villas (Delegación), 881 Pueblos, 804 Rancherías, 598 Caseríos y 6 192 localidades con y sin categoría administrativa⁴⁰.

El Estado de México es, comparativamente, uno de los estados más pequeños de la federación; sin embargo, posee una notable variedad de regiones geográficas: desde cumbres heladas hasta cañadas de tierra caliente, con una gran diversidad de regiones socioeconómicas desde metropolitanas hasta las despobladas y zonas pobres del sur.

Actualmente es la entidad más poblada de la federación, el Estado de México guarda testimonios prehistóricos y arqueológicos de las más altas culturas generadas en Mesoamérica. En la región chalca, concretamente el sitio arqueológico de Xico, es depositario de uno de los asentamientos humanos más antiguos (posiblemente 22 000 o 21 000 años a.C.). Hacia el norte, en la zona texcocana, Tepexpan y Santa Isabel Ixtapan, se han encontrado restos de animales del pleistoceno asociados a restos humanos y artefactos. Posee la máxima evidencia del periodo clásico identificado principalmente con Teotihuacán y su recinto sagrado las monumentales pirámides del Sol y la Luna.

³⁹ Portal del Estado de México, (2015), sitio Municipios Mexiquenses.

⁴⁰ IGCEM. Dirección de Estadística. Elaborado con base en información proporcionada por las unidades productoras de información de los ámbitos federal y estatal.

Posteriormente las culturas Toltecas y Chichimecas de estas dos grandes culturas quedan como testimonio dos pequeños centros político-religiosos: Tenayuca y Santa Cecilia, Los señoríos que se formaron en el área geográfica que en la actualidad se conoce como Estado de México, no alcanzaron a integrar una entidad política homogénea. Cada población de cierta importancia tuvo territorio y gobierno propios conservando así sus nombres originales, destacando más unos que otros, es posible considerar como cabeceras políticas de importancia a Chalco y Texcoco (Jarquín, 1994).

El Estado de México tiene una composición pluricultural y pluri étnica sustentada en sus pueblos y comunidades indígenas cuyas raíces históricas y culturales se entrelazan con las que constituyen las distintas civilizaciones prehispánicas; hablan una lengua propia, han ocupado sus territorios en forma continua y permanente; han construido sus culturas específicas. Son sus formas e instituciones sociales, económicas y culturales las que los identifican y distinguen del resto de la población del Estado.

Dichos pueblos y comunidades existen desde antes de la formación del Estado de México y contribuyeron a la conformación política y territorial del mismo. De acuerdo con la Ley de Derechos y Cultura Indígena del Estado de México, en la entidad se reconoce la existencia de los siguientes pueblos indígenas: Mazahua, Otomí, Nahuatl, Matlatzinca y Tlahuica⁴¹

3.1.1. Ubicación geográfica

los límites geográficos del Estado de México son: Al norte los estados de Querétaro e Hidalgo; al sur Guerrero y Morelos; al este Tlaxcala y Puebla y al oeste Guerrero y Michoacán. Limita también con el Distrito Federal rodeándolo al norte, al este y al oeste (ANEXO 1)

Tiene una extensión territorial de 22,487 km² y se divide en 125 municipios de acuerdo con la Comisión de Límites del Estado de México. La capital del Estado de México es Toluca de Lerdo (Gobierno del Estado de México, 2015).

⁴¹ Portal del Estado de México, (2015), Sitio Pueblos indígenas.

Figura 8 Localización del Estado de México



Imagen tomada del visor geográfico, del Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastro del Gobierno del Estado de México.

3.1.2 Hidrografía y Orografía

El paisaje natural del Estado de México está compuesto por tres montañas (volcanes) conocidas como el Nevado de Toluca, el Popocatepetl e Iztaccíhuatl, y los Valles de México, Valle de Toluca y las Ciénegas de Lerma.

Hidrológicamente el Estado está comprendido en tres grandes cuencas Lerma que ocupa el 27.3 % de la superficie estatal, Balsas que ocupa el 37.2 por ciento y Pánuco con el 35.5 %.

- Río Lerma – Chapala – Santiago. Cubre la porción del centro occidente con una superficie de 539,545 ha. Nace en el municipio de Almoloya del Río , Desde donde sigue un trayecto de 177.87 km en un curso predominante hacia el noroeste, hasta el municipio de Temascalcingo en donde se introduce el estado de Querétaro, continúa por varios estados de la República hasta desembocar en el Océano Pacífico. Sus características físico-naturales a permiten la formación de embalses como las Lagunas de Chignahuapan localizadas en la región del alto Lerma sus principales afluencias son el arroyo de Huayatlaco, Cacalopa y agua de Cadena que escurren de las partes altas del municipio de Santiago Tianguistenco.

En de la cuenca corre el Río Zacango el cual se origina con los escurrimientos del Volcán del Nevado de Toluca y el Arrollo Zaguán. El cauce del Río Lerma se interrumpe por la presa José Antonio Alzate marcando el límite entre el curso alto y medio de la Cuenca, en el curso Medio se encuentra la presa Ignacio Ramírez con afluentes como el Oyamel, San Agustín, el Rosario , Agua Chiquita, la Pila y la Guajolota, el curso Bajo inicia en las inmediaciones del poblado de la Cantería, cerca del poblado de San Lorenzo Tlacotepec⁴².

- Balsas. Se localiza en la parte sur del territorio , ocupando una superficie de 957,154 ha. Sobre las áreas de Tejupilco , Valle de bravo y Coatepec y en pequeños sectores al oriente del Estado, a diferencia de las otras cuencas, se distingue porque se sitúa sobre terrenos montañosos y estrechos y pequeños valles. Los escurrimientos están integrados por numerosos ríos de importantes caudales como los de Temascaltepec y Sultepec, con 91.8 y 80 km de longitud respectivamente. Éste último es el eje colector de las aguas que almacena en la presa Vicente Guerrero, localizada al extremo suroeste de la entidad en concordancia con el estado de Guerrero. Otras corrientes naturales son el Río, San Pedro, Amacuzac, Cutzamala, San Felipe-el Naranjo, San .Martín y Chalma, algunas corrientes sirven como límite político – administrativo como es el caso del Río Tingambato que, aguas abajo confluye con el Río Temascaltepec, toma el nombre de

⁴² Ibidem pág, 23

Pungarancho que delimita los estados de México y Michoacán, este cauce forma parte del sistema hidroeléctrico Miguel Alemán⁴³.

- Río Pánuco. Cubre la porción norte y oriente con 902,628 ha. Gracias a la abundante presencia de los lagos de Texcoco y Chalco se deduce que aquí se propició la presencia de los primeros pobladores pre hispánicos. Confluyen diferentes corrientes perennes del Río Cuautitlán localizado al norte de la Ciudad de México; el Salado al norte de la presa de Zumpango cruzando los municipios de Hueypoxtla y Apaxco, el Organo ubicado en los municipios de Tepetlaoxtoc y Otumba, y el Ñadö, situado en la porción noroeste del Estado. Al oriente se encuentra el Canal de la Compañía que recibe los escurrimientos de la Sierra Nevada y da origen en su curso a pequeños cuerpos de agua como la Cola de Pato, la Regalada del Tesorito. Al Norte el canal de las Sales, cuyo recorrido desemboca en el caracol el de la Sosa Texcoco: de ahí transcurre por el Gran Canal, que es el colector de las aguas residuales de la Ciudad de México⁴⁴.

3.2. Plan Estatal de Desarrollo 2011 - 2017

El plan de Desarrollo Municipal del Estado de México 2011 – 2017 propuesto por el Dr. Eruviel Ávila Villegas a los Mexiquenses donde reconocer como Visión la aspiración de desarrollo de la entidad realista, sustentada en la capacidad de acción del Gobierno Estatal. Esta visión se basa en tres pilares temáticos: (i) el ejercicio de un Gobierno Solidario, (ii) el desarrollo de un Estado Progresista y (iii) el tránsito de una Sociedad protegida. Los pilares descritos serán impulsados por los siguientes ejes de acción cuya puesta en práctica debe fortalecerlos a cada uno en particular y, a la vez, de forma simultánea, con la finalidad de: (i) consolidarse o un Gobierno Municipalista capaz de dar prioridad al gobierno desde la acción local con una perspectiva global, (ii) contar con un Financiamiento para el Desarrollo a través del ejercicio sustentable de la Hacienda pública y perfilar a la Administración Pública Estatal hacia un Gobierno de Resultados cuyas acciones puedan evaluarse en un entorno de transparencia (Avila, 2016).

⁴³ Ibidem pág. 24

⁴⁴ Aguilar, Ortigoza Carlos Jorge (1993), *Atlas General del Estado de México, Tomo II*, Toluca Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral. Pág. 23 PDF.

Bajo la visión el Gobierno del Estado de México nos interesa revisar el pilar uno referente al ejercicio de un Gobierno Solidario, donde como objetivo principal será atender a las necesidades en materia social de su población, en este sentido identifica el Plan de Desarrollo del Estado de México 2011 – 2017 como temas centrales de la política social:

- (i) el combate a la pobreza, marginación y desigualdad
- (ii) El fortalecimiento del núcleo social y el mejoramiento de la calidad de vida
- (iii) atención a los grupos más vulnerables de la sociedad.

El Gobierno Solidario deberá atender de manera efectiva las necesidades de política social mediante tres instrumentos, principalmente: la educación, la salud y la inversión en infra estructura básica. Por lo anterior, resulta evidente que una política integral de salud se debe basar en la prevención. Se estima que para contar con un sistema de salud integral es necesario atender los trastornos neurológicos y la salud mental, mismos que, si bien no representan elevados niveles de mortalidad, disminuyen los estándares de salud de los individuos, alteran la dinámica familiar y provocan una considerable carga económica.

Por tanto, el Gobierno Estatal contempla la aplicación del Programa de Acción Específica en Salud Mental antes mencionado detalladamente a través de acciones locales con una perspectiva global.

Ante lo anterior expuesto pasaremos al tema el Estado de México, la revisión de los indicadores sociales será la clave para contrastar los objetivos planteados en los planes Nacionales y Estatales de manera que facilitara la visión global de la situación social que se vive en la entidad.

3.3. Población

El Estado de México es la localidad más poblada de toda la República Mexicana, cuenta con una población de 16 187 608 habitantes, esto es el 13.5% de la República Mexicana que tiene

una población total de 119 530 753⁴⁵, es probable que esta sobre población obedezca a la cercanía con la ciudad y que al emigrar de otras localidades las personas que lo hicieron se asentaron en los alrededores de la ciudad para tener más oportunidades de progreso. Se estimó que para el año 2016 la población ascienda a 17 118 525 habitantes.

3.2.1 Características Demográficas

El Estado de México con una dinámica poblacional acelerada en el siglo pasado, presenta una distribución de población polarizada, por una parte, se tienen municipios altamente poblados principalmente en las zonas metropolitanas, y por otra, se detectan municipios con baja densidad de población.

Es reconocido como el estado más poblado de la República Mexicana, con más de 17 millones de habitantes, lo que representa el 14% del total de la población del país, éste colinda en tres cuartas partes del total del territorio con la Ciudad de México la cual cuenta con 8 811 216 habitantes; tener en conjunto una población de más de 25 millones de habitantes concentradas en un espacio geográfico de aproximadamente 24 mil kilómetros², puede ser un factor determinante de la complejidad de la zona.

Con la industria y la incorporación de infraestructura a partir de los años cincuenta del siglo pasado, se modificó la dinámica sociodemográfica y económica de la entidad, registrando un acelerado crecimiento de la población. De 1950 a 2010, la población se incrementó casi 11 veces, al pasar de un millón 392 mil 623 habitantes a 15 millones 175 mil 862, el incremento en términos absolutos fue de 13 millones 783 mil 239 personas, la tasa de crecimiento media anual de este período fue de las más elevadas del país y la densidad poblacional solo fue superada por el Distrito Federal, desde 1990 es el estado más poblado de la República (INEGI, 2011).

El crecimiento poblacional por sexo tiene un comportamiento similar al total de la población a lo largo del tiempo; sin embargo, la proporción de las mujeres respecto a la de los hombres

⁴⁵ INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

siempre ha sido mayor, debido principalmente a la mayor sobrevivencia en las mujeres y a la emigración de los hombres.

La población joven es considerada en aquellos habitantes que tienen entre 15 y 24 años de edad, en el Estado de México se contaron al año 2015, reuniendo un total de 1 430 291 hombres y 1 447226 mujeres y es la que predomina en esta entidad en total 2 877 517 personas en este rango de edad.

Encontrándose 93 hombres por cada 100 mujeres, la edad mediana menor a 28 años, por cada 100 personas, El 4.8 % de la población presenta algún tipo de limitación física o mental, hay 48% de edad de dependencia (menores de 15 años o mayores de 64 años⁴⁶).

3.4. Indicadores de Desarrollo Social

Es de suma importancia contar con la información precisa de una población determinada, por tanto, se han desarrollado estudios que reúnen estos datos y permiten conocer la situación por la que atraviesa. Estas evaluaciones se encaminan a revisar factores que determinan el progreso social con la finalidad de establecer la toma de decisiones de política pública con una desagregación nacional, estatal, municipal y por localidad.

Los programas y las acciones de desarrollo social que lo componen están organizado con base en los derechos sociales y la dimensión de bienestar económico establecidos en la Ley General de Desarrollo Social.

⁴⁶ Fuente Coespo, con base a INEGI 2015.

Tabla 10 Definición de los Derechos Sociales y de la Dimensión del Bienestar Económico ⁴⁷	
Alimentación	Derecho inalienable a una nutrición adecuada, a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus capacidades físicas y mentales.
Educación	Derecho a la educación para el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos. Medio ambiente sano.
Medio Ambiente Sano	Derecho a la protección y mejora del medio ambiente, para preservar el entorno propicio para la existencia y desarrollo de la vida humana.
No Discriminación	Todas las personas son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley contra toda discriminación que infrinja la Declaración Universal de los Derechos Humanos y contra toda provocación a tal discriminación.
Salud	Derecho a la aplicación de medidas destinadas a proteger la salud y el bienestar de las personas, y a que se establezcan y mantengan las condiciones adecuadas para alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social.
Seguridad social	Derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.
Trabajo	Derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a la protección contra el desempleo, a una remuneración equitativa y satisfactoria, a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana.
Vivienda	Derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la provisión de una vivienda para una mejora continua de las condiciones de existencia, en particular a las personas de ingresos reducidos y las familias numerosas, tanto en las zonas rurales como en las urbanas.
Bienestar económico	Cuando las acciones que ejecutan permite el fomento económico o mejorara las condiciones de las poblaciones vulnerables o en situaciones de bajo nivel de desarrollo social.

Para determinar si una persona tiene una carencia social es importante tomar en cuenta los siguientes criterios:

⁴⁷ Inventario CONEVAL de programas y acciones estatales de Desarrollo Social. CONEVAL 2012.

Tabla 11 Indicadores de Carencia Social

Carencia	Criterios
Rezago Educativo	Población de 3 a 15 años que no asiste a un centro de educación formal y tampoco cuenta con la educación básica obligatoria; o bien, población de 16 años o más que no cuenta con la educación básica obligatoria que corresponde a su edad.
Acceso a los Servicios de Salud	Población no adscrita a servicios médicos en instituciones públicas o privadas ni al Seguro Popular.
Acceso a la Seguridad Social	Población que; a) estando ocupada no dispone de las prestaciones sociales marcadas por la Ley. b) no es jubilada o pensionada. c) no es familiar directo de alguna persona en los dos casos anteriores. d) tiene 65 años o más y no cuenta con el apoyo de algún programa de pensiones para adultos mayores.
Calidad y espacios de la vivienda	Población en viviendas con piso, techo o muros de material inadecuado, o con un número de personas por cuarto mayor o igual que 2.5.
Acceso a los servicios básicos en la vivienda	Población en vivienda sin acceso al servicio de agua de la red pública, drenaje, electricidad o que usa leña o carbón sin chimenea para cocinar.
Acceso a la Alimentación	Población con restricciones moderadas o severas para acceder en todo momento a comida suficiente para llevar una vida activa y sana.

Fuente: CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (Noviembre de 2014). INDICADORES de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al seguro popular. Distrito Federal, México

Las acciones de desarrollo social también incluyen el Bienestar económico⁴⁸ el cual es medible a través de la definición de dos canastas básicas, una de alimentación y una no alimentaria. Las cuales permiten realizar estimaciones para el conjunto de las localidades rurales y urbanas.

A partir de ellas se determinan las líneas de bienestar de la siguiente forma:

- Línea de Bienestar: es la suma de la canasta alimentaria y no alimentaria, permite identificar a la población que no cuenta con los recursos suficientes para adquirir los

⁴⁸ Estas definiciones han sido establecidas por CONEVAL, *Metodología para la medición multimodal de la pobreza en México*, CONEVAL, 2008. <http://bit.ly/LEUriz>

bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades básicas, aún si hiciera uso todo su ingreso.

- Línea de Bienestar Mínimo. Equivale al costo de la canasta alimentaria, permite identificar a la población que aún al hacer uso de todo su ingreso en la compra de alimentos, no puede adquirir lo indispensable para tener una nutrición adecuada.

Se usó el ingreso corriente Total per Cápita (ajustado por escalas de equivalencia y economías de escala) para identificar a los hogares cuyo ingreso es inferior tanto al valor de la línea de bienestar como al de la línea de bienestar mínimo.

3.4.1. Pobreza en el Estado de México

Medición de la pobreza al unir los enfoques de derechos sociales (carencias sociales) y de bienestar económico (ingresos), es posible determinar a la población en pobreza. Así el CONEVAL⁴⁹ establece las siguientes definiciones:

- Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando presenta al menos una carencia social y no tiene un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades (su ingreso es inferior al valor de la línea de bienestar).
- Una se encuentra en situación de pobreza extrema cuando presenta tres o más carencias sociales y no tienen un ingreso suficiente para adquirir una canasta alimentaria (su ingreso es inferior al valor de la línea de bienestar mínimo).
- Una persona es vulnerable por carencias sociales si presenta una o más carencias sociales pero tiene un ingreso superior a la línea de bienestar.
- Una persona es vulnerable por ingresos si no presenta carencias sociales pero que su ingreso es inferior o igual a la línea de bienestar.

⁴⁹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con autonomía y capacidad técnica para generar información objetiva sobre la situación de la política social y la medición de la pobreza en México, que permita mejorar la toma de decisiones en la materia.

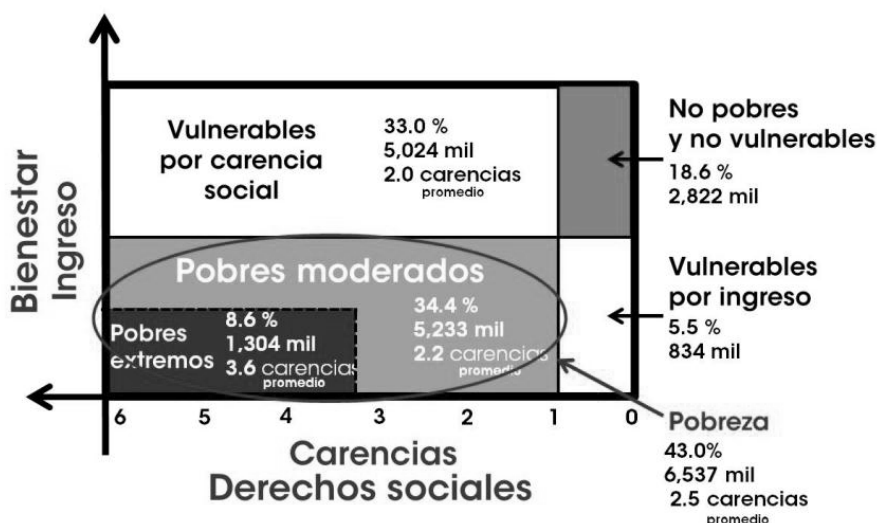
Tiene como funciones principales: Normar y coordinar la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas; y establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad.

- Una persona no es pobre y no vulnerable si su ingreso es superior a la línea de bienestar y no tiene carencias sociales.

el indicador de ingreso considera para su construcción los siguientes criterios:

- Considerar aquellos flujos monetarios y no monetarios que no pongan en riesgo o disminuyan los acervos de los hogares.
- Tomar en cuenta la frecuencia de las transferencias y eliminar aquellas que no sean recurrentes.
- No incluir como parte del ingreso la estimación del alquiler o renta imputada.
- Considerar las economías de escala y las escalas de equivalencia dentro de los hogares.

Figura 9 Pobreza en el estado de México⁵⁰



Fuente: Informe de Pobreza y Evaluación en el Estado de México. (2012). Consejo Nacional de Evaluación de la Política Pública de Desarrollo Social. Recuperado el 21 de agosto de 2016, de Informe de pobreza y evaluación en el estado de México 2012. México, D.F. CONEVAL., 2012.: <http://desarrollosocial.guanajuato.gob.mx/coneval/informe-edo-mexico.pdf>

Al unir los enfoques de derechos sociales (carencias sociales) y de bienestar económico (ingreso), es posible determinar a la población en pobreza de acuerdo con la anterior gráfica, donde el eje vertical representa el bienestar económico y el horizontal los derechos sociales.

⁵⁰ Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS – ENIGH 2010.

El indicador de pobreza total equivale a la suma de la población en pobreza extrema y pobreza moderada, y cada una de estas cifras se obtienen de la información recabada en los municipios y las entidades de cada estado.

El estado de México con respecto de las 32 entidades del país ocupó el lugar 17 en porcentaje de población en pobreza extrema. Por tanto se ubica dentro de las 15 entidades con situación pobreza extrema en el país. En 2010 del total de la población que habitaba en el estado, 34% se encontraba en situación de pobreza con un promedio de carencias de 2.5, lo cual representó 6 537 051 personas de un total de 15 216 805.

Asimismo 8.6 por ciento se encontraba en situación de pobreza extrema con un promedio de carencias de 3.6 es decir: 1 304 363 personas. De lo anterior se deriva que el porcentaje de población en situación de pobreza moderada fuera de 34,4 por ciento, con un promedio de 2.2 carencias, es decir 5 232 689 personas.

Para 2010 el porcentaje de población vulnerable por carencia social fue de 33.0. lo que equivale a 5 023 560 personas. Las cuales aun cuando tuvieron un ingreso superior al necesario para cubrir sus necesidades presentaron una o mas carencias sociales: 5.5 por ciento fue la población vulnerable por ingreso, lo que equivale a 833 849 personas que no tuvieron carencias sociales pero cuyo ingreso fue inferior o igual al ingreso necesario para cubrir sus necesidades básicas.

Por último, el porcentaje de población no pobre y no vulnerable fue de 18.6 por ciento, es decir 2 822 345 personas.

3.4.2. Rezago Social

El índice de Rezago Social (IRS) es un indicador que permite ordenar las entidades federativas, municipios y localidades de mayor a menor grado en cuanto al rezago social que presentan en un momento del tiempo. Este índice agrega las siguientes variables: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a los servicios básicos en la vivienda y la calidad y espacios en la vivienda. El CONEVAL contribuye con la generación de datos para la toma de decisiones en

materia de política social, especialmente para analizar la desigualdad de coberturas sociales que subsisten en el territorio nacional además también este índice se pueden ordenar las entidades federativas, municipios y localidades de acuerdo con su nivel de rezago social el cual se describe en cinco estratos: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto rezago social. No se trata de una medición de pobreza ya que no incluye los indicadores de ingreso, seguridad social y alimentación (estas variables no están explícitas en los censos de población) que señala la Ley General de Desarrollo.

Para determinar el IRS es necesario tomar en cuenta las siguientes indicadores:

1. Porcentaje de la población de 15 años y más analfabeta.
2. Porcentaje de la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela.
3. Porcentaje de la población de 15 años o más con educación básica incompleta.
4. Porcentaje de la población sin derechohabiencia a servicios de salud.
5. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas con piso de tierra.
6. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de excusado o sanitario.
7. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de agua entubada de la red pública.
8. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje.
9. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de energía eléctrica.
10. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de lavadora.
11. Porcentaje de las viviendas particulares habitadas que no disponen de refrigerador.

Las fuentes de información para generar éste índice son los Censos de Población y Vivienda de 2000 y 2010 y el conteo de Población y Vivienda de 2005 por tanto será posible generar estimaciones con desagregación a nivel estatal, municipal y por localidad. De acuerdo con las estimaciones del 2010, el grado de Rezago Social del Estado de México es bajo pues se encuentra en el lugar 19 a nivel nacional respecto a las entidades federativas, por arriba de Quintana Roo y por debajo de Querétaro (Informe de Pobreza y Evaluación en el Estado de México, 2012).

Para 2010 los 125 municipios del Estado de México se distribuyeron en los estratos de rezago social de la siguiente manera:

- 71 grado muy bajo
- 27 grado bajo
- 20 grado medio
- 07 grado alto

Para el 2010 la mayor concentración de localidades en el noreste del estado que en su mayoría tenían un rezago social que iba de muy bajo a medio. Aquellas localidades que se encontraban en grados altos se encontraban en su mayoría en el centro del estado y suroeste. En las localidades donde se encontraron el mayor grado de rezago son en las que se concentró el mayor porcentaje de población, (Informe de Pobreza y Evaluación en el Estado de México, 2012).

Tabla 12 Indicadores y Grado De Rezago Social que Integran el Índice de los Años 2000, 2005 y 2010⁵¹ (porcentaje).

	año		
	2000	2005	2010
Población de 15 años o más analfabeta	6.39	5.31	4.38
Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	5.81	4.22	3.84
Población de 15 años y más con educación básica incompleta	45.15	38.65	34.76
Población sin derechohabencia a servicios de salud	54.81	52.66	40.39
Viviendas con piso de tierra	7.12	5.21	3.76
Viviendas que no disponen de excusado o sanitario	15.56	10.81	4.02
Viviendas que no disponen de agua entubada de la red pública	10.13	6.44	7.81

⁵¹ Los indicadores de rezago social se encuentran expresados en porcentaje, para los indicadores de rezago social se consideran únicamente las viviendas particulares habitadas. El cálculo de los indicadores, índice y grado de rezago social se realiza con la base de datos “principales resultados por localidad (ITER)”
fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el XII Censo de Población y Vivienda 2000, II Conteo de Población y Vivienda 2005, y Censo de Población y Vivienda 2010.

Viviendas que no disponen de drenaje	13.69	6.58	5.26
Viviendas que no disponen de energía eléctrica	2.10	6.32	0.81
Viviendas que no disponen de lavadora	47.37	39.61	34.29
Viviendas que no disponen de refrigerador	32.96	25.76	20.60
Grado de rezago social	Bajo	Bajo	Bajo
Lugar que ocupa en el contexto nacional	21	19	19

Fuente : Estimaciones del CONEVAL con base en el XII Censo de Población y Vivienda 2000, II Conteo de Población y Vivienda 2005, y Censo de Población y Vivienda 2010.

3.4.3. Índice de marginación

El Índice de Marginación está concebido con el interés de medir las carencias que padece la población, contiene indicadores de déficit capaces de describir la situación en que se encuentran las personas que residen en las entidades, municipios y localidades que componen el territorio estatal. A través de dichos indicadores, se contribuye a una reflexión sobre las deficiencias que reflejan cada uno de éstos (Consejo Estatal de Población, Secretaría General de Gobierno, 2014).

Las dimensiones con las que se calcula este índice son:

- Educación.
- Vivienda.
- Distribución de la Población.
- Ingresos.

El lugar que ocupa el Estado de México, en el contexto nacional al año 2010, es el 22 con un bajo grado de marginación. Las entidades federativas con mayor marginación (alto grado) son: Guerrero, Chiapas y Oaxaca, y las de menor marginación: Distrito Federal, Nuevo León y Baja California Norte.

Tabla 13 Índice de marginación del Estado de México ⁵²

Entidad Federativa	Edo. De México
Grado de marginación	Bajo
Población total	15,175,862
% Población de 15 años en adelante o mas analfabeta	4.41
% Población de 15 años en adelante o más sin primaria completa	14.29
% Ocupantes de vivienda sin drenaje ni excusado	3.18
% Ocupantes de vivienda sin energía eléctrica	0.79
% Ocupantes de vivienda sin agua entubada	5.67
% viviendas con algún nivel de hacinamiento	37.93
% de Ocupantes en viviendas con piso de tierra	3.94
% población en localidades con menos de 5,000 habitantes	19.10
% población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos	35.34
Índice de marginación	-055372

Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012). Informe de pobreza y evaluación en el Estado de México, 2012.. México, D.F. CONEVAL,.

Este indicador es una medida en la que se agregan variables de educación (rezago educativo), de acceso a servicios de salud, de servicios básicos en la vivienda, de calidad y espacios en la misma, y de activos en el hogar, no se trata de un medición de pobreza, ya que no incorpora los indicadores de ingreso, seguridad social y alimentación, permite tener información de indicadores sociales desagregados hasta nivel localidad, con lo que CONEVAL⁵³ contribuye con la generación de datos para la toma de decisiones en materia de política social, especialmente para analizar la desigualdad de coberturas sociales que subsisten en el territorio nacional y contribuye a mejorar la política y los programas de desarrollo social en México.

⁵² El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) establece los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando su transparencia, objetividad y rigor técnico. Estos estudios se realizan cada dos años a nivel estatal y cada cinco a nivel municipal.

⁵³ CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con autonomía y capacidad técnica para generar información objetiva sobre la situación de la política social y la medición de la pobreza en México, que permita mejorar la toma de decisiones en la materia.

El índice de Rezago Social reportado en el Estado de México con base en el Censo de población y vivienda 2010 fue del -0.37, identificado en un grado bajo.

3.4.4. Rezago Educativo

Los resultados en las pruebas internacionales estandarizadas como las del Programa Internacional para la Evaluación de los Estudiantes (PISA, por sus siglas en inglés) ofrecen un punto de contraste con otras naciones y en relación al propio desempeño del país, otro indicador relevante es la asistencia escolar por grupos normativos de edad; es decir, de acuerdo con las edades en las que se supone que los niños y jóvenes deberían encontrarse en la escuela

La Norma de Escolaridad Obligatoria del Estado Mexicano (NEOEM) establece que la población con carencia por rezago educativo es aquella que cumpla alguno de los siguientes criterios:

1. Tiene de tres a quince años, no cuenta con la educación básica obligatoria y no asiste a un centro de educación formal.
2. Nació antes de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (primaria completa).
3. Nació a partir de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria (secundaria completa).

Así se encuentra que siete de cada diez personas en condición de analfabetismo viven en el Estado de México, que se encuentra más arraigado en la población indígena lo que representa que uno de cada cuatro indígenas mayor de 15 años no sabe leer ni escribir, esta proporción se eleva en el caso de las mujeres ya que una de cada tres se encuentra en la misma condición.

Tabla 14 Población de 15 y más años por grupo quinquenal de edad según condición de alfabetismo y sexo al 12 junio de 2010⁵⁴

⁵⁴ El censo fue un levantamiento de derecho o de *jure*, lo que significa pensar a la población en su lugar de residencia habitual. El periodo de levantamiento de la información fue del 31 de mayo al 25 de junio de 2010, aunque para referir la información a un momento único se fijó una fecha censal de levantamiento: las cero horas del 12 de junio de 2010.

Grupo de edad	Total	Alfabeta		Analfabeta		No especificada	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15 a 19	1 467 148	724 592	723 117	4 965	3846	4763	5 865
20 a 24	1 364 380	657 792	683 562	5 662	5 905	5 373	6 085
25 a 29	1 233 854	657 792	629 807	7 019	8 246	3 539	3 970
30 a 34	1 198 515	554 167	616 433	8 626	12 143	3 135	4 011
35 a 39	1 193 988	554 767	609 865	9 113	14 731	2 646	2 866
40 a 44	1 003 492	467 076	503 264	9 562	19 980	1 732	1 878
45 a 49	831 164	383 225	409 001	10 449	25 211	1 480	1 798
50 a 54	695 328	316 528	333 056	11 926	30 556	1 371	1 891
55 a 59	509 884	230 599	231 372	12 841	32 267	1 098	1 707
60 a 64	392 349	170 125	169 025	14 429	35 767	1 118	1 885
65 y más	745 298	277 824	275 278	54 508	128 314	3 273	6 101

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística Socio Demográfica (2010), censo de población y vivienda 2010. Recuperada el 20 de enero 2017 de: www.inwgi.org.mx.

Es ante estos datos que se puede observar que en la edad de 20 a 29 años se encuentra el mayor número de hombres y mujeres que saben leer y escribir, de los 35 a los 44 hay más mujeres analfabetas que hombres.

La deserción escolar es de 15.3%, este porcentaje corresponde al número de alumnos desertores del ciclo escolar, respecto al total de alumnos inscritos al inicio del ciclo, ambos correspondientes al mismo nivel educativo (nivel medio superior)⁵⁵, esto sustenta el índice de rezago educativo que vive la población, que es de 9.1 lo que significa que han estudiado seis años de primaria, tres de secundaria y un semestre de bachillerato.

La población a nivel licenciatura matriculada es de 355 960 alumnos, egresan 49 004 y se titulan 35 923, es decir egresa el 13.7 % (Instituto de Estudios Legislativos, 2016).

⁵⁵ 2012 – 2013 OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Con datos del sistema Nacional de información estadística educativa. Indicadores y pronósticos educativos de la secretaria de educación pública.

3.4.5. Incidencia Delictiva del Fuero Común

La incidencia delictiva se refiere a la presunta ocurrencia de delitos registrados en averiguaciones previas iniciadas o carpetas de investigación, reportadas por las Procuradurías de Justicia y Fiscalías Generales de las entidades federativas en el caso del fuero común y por la Procuraduría General de la República en el fuero federal.

Para hablar de incidencia delictiva el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública proporciona la siguiente información sobre incidencia delictiva, a partir de las siguientes definiciones y aclaraciones:

- La información se refiere a los presuntos delitos registrados en las averiguaciones previas o carpetas de investigación iniciadas, y que son reportados por las Procuradurías Generales de Justicia y Fiscalías Generales de las entidades federativas, en el caso de los delitos del fuero común, y por la Procuraduría General de la República, en el caso de los delitos del fuero federal. En ambos casos, dichas instancias son las responsables de la veracidad y actualización de la información.
- Los presuntos delitos reportados pueden estar involucrados con una o más víctimas u ofendidos, o afectar más de un bien jurídico.
- Para los delitos del fuero común de homicidio, secuestro y extorsión, se presenta información estadística sobre el número de víctimas. En protección a datos personales, no se incluye información personal, ni sobre el estado procesal de dichas averiguaciones previas o carpetas de investigación.
- La información sobre incidencia delictiva municipal corresponde a los presuntos delitos cometidos en esa demarcación territorial y que obran en averiguaciones previas o carpetas de investigación iniciadas. En ocasiones no todos los municipios o delegaciones de una entidad federativa están incluidos en el reporte, por lo que los datos

no son comparables de manera directa con los reportados a nivel estatal. En algunas entidades, el reporte se realiza a nivel de distrito, que puede comprender uno o varios municipios, o bien de delegación política en el caso del Distrito Federal.

- Los delitos no denunciados o aquellas denuncias en las que no hubo suficientes elementos para presumir la comisión de un delito, fueron excluidos en el reporte.
- La actualización de los datos es mensual (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2016).

Para poder entender los índices delictivos se toman en cuenta 35 indicadores⁵⁶ sobre procuración e impartición de justicia en el Estado de México (Índice Global de Impunidad en México, 2016) que son descritos a continuación:

- Presuntos delitos registrados por 100 mil hab. 1,668.3
- Personal en las Procuradurías por 100 mil hab. 32.4
- Presupuesto ejercido por la Procuraduría o Fiscalía General de Justicia per cápita 133.8
- Agencias del Ministerio Público por 100 mil hab. 1.1
- Porcentaje de Agencias del Ministerio Público especializadas en delitos graves 3.2
- Personal del Ministerio Público por 100 mil hab. 26.4
- Agentes del Ministerio Público por 100 mil hab. 5.2
- Agentes del Ministerio Público por mil delitos registrados 3.12
- Peritos del Ministerio Público por mil delitos registrados 1.99
- Policías judiciales por mil delitos registrados 6.38
- Policías judiciales por 100 mil hab. 10.7
- Porcentaje de personal de seguridad pública aprobado 100.0

⁵⁶ Estos indicadores están descritos en el contenido del estudio realizado por La Universidad de las Américas Puebla y el Consejo Ciudadano de Seguridad y Justicia de Puebla, a través del Centro de Estudios Sobre Impunidad y Justicia (CESIJ), han desarrollado un estudio cuantitativo y cualitativo internacional que reportan las instituciones de seguridad y justicia al INEGI para evaluar las capacidades instaladas y las políticas públicas de los Estados para entender los problemas sociales, económicos, de seguridad y justicia.

- Personal total destinado a funciones de Seguridad Pública por 100 mil hab. 120.9
- Personal destinado a funciones de seguridad pública por 100 mil hab. (1er. nivel, nivel intermedio, nivel operativo) 105.3
- Personal operativo destinado a funciones de Seguridad Pública por 100 mil hab. 103.9
- Presupuesto ejercido por Tribunal Superior de Justicia y Consejo de la Judicatura por 100 mil hab. 170.8
- Magistrados y jueces por 100 mil hab. 2.3
- Personal total en Tribunal Superior de Justicia por 100 mil hab. 21.2
- Secretarios en Tribunal Superior de Justicia por 100 mil hab. 5.5
- Número de secretarios por Juez 2.4
- Causas penales en 1ra. instancia entre número de jueces 38.3
- Causas penales en 1ra. instancia entre carpetas de investigación totales 0.05
- Procesados en 1ra. instancia por causas penales concluidas 2.4
- Sentenciados en 1ra. instancia entre procesados en 1ra. Instancia 0.3
- Porcentaje de sentencias condenatorias 91.4
- Porcentaje de sentenciados condenados entre total de delitos consumados 2.26
- Ingresos penitenciarios entre condenados 2.3
- Porcentaje de sentenciados entre ingresos penitenciarios 47.8
- Porcentaje de encarcelados por robo entre robos en averiguaciones previas iniciadas 6.0
- Porcentaje de encarcelados por homicidio entre homicidios en averiguaciones previas iniciadas 19.9
- Porcentaje de reclusos sin sentencia en 1ra. instancia 33.7
- Tocas penales en 2da. instancia entre sentenciados en 1ra. instancia 0.6
- Personal penitenciario entre capacidad instalada -
- Reclusos entre capacidad instalada 1.9
- Personal carcelario entre reclusos -
- Cifra negra 93.6

La Cifra Negra⁵⁷ en el Estado de México indica que hay 31 millones de delitos. Es decir 93.6 %, lo que representa un aumento de 1.7 % más que en 2012⁵⁸.

El Estado de México encabeza la lista de las entidades con los mayores índices de homicidios, secuestro y extorsión. Según el informe del Sistema Nacional de Seguridad Pública con corte en julio del año 2015: El Estado de México encabeza la lista con 2 007 homicidios en total, de los cuales mil 337 son dolosos y 670 culposos; 108 secuestros y 429 extorsiones. El Estado de México se ha considerado el más peligroso del país Del 2012 al 2015, en México se han registrado 57 mil 410 homicidios dolosos, mientras que durante la administración Calderonista se registraron 83 mil 191 ejecuciones. De seguir la tendencia actual, con un promedio de mil 794 asesinatos mensuales, la cifra alcanzará para el 2018 alrededor de 130 mil asesinatos intencionales.

Cifras oficiales en los últimos 32 meses:

El Estado de México: 7 mil 771 homicidios

Guerrero con 5 mil 242 homicidios

Chihuahua con 4 mil 742 ejecuciones

Jalisco con 3 mil 492 muertos

Michoacán con 3 mil 304

Ecatepec de Morelos, Nezahualcóyotl y Tlalnepantla, son los municipios del Estado de México que más muertes registraron durante un periodo de 100 días (Ríos, 2015).

En cuanto a incidencia delictiva el Estado de México es la población que ocupa el lugar número 3 a nivel por cada 100 mil habitantes en el periodo de enero - abril de 2016 cuenta con

⁵⁷ De acuerdo al ENVIPE 2016 (Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública), Es considerada cifra negra a la ausencia de denuncia ciudadanas, la mayoría de ciudadanos deciden no denunciar los delitos de los que fueron víctimas por diversas razones como--: falta de tiempo, miedo a represalias futuras, por que recibieron mal trato de las autoridades y lo más relevante es porque no confían en la impartición de justicia por parte de las autoridades. En el 2015 se denunció un 10.5% de delitos, para los cuales el Ministerio Público inició averiguación previa o carpeta de investigación en el 59.6% de los casos, iniciando una averiguación previa en el 6.3 del total de los delitos lo anterior representa un 93.7% de delitos donde no hubo denuncia o no se inició averiguación previa.

⁵⁸ Información obtenida de la base de datos presentados en la encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2014 auditado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

90 544 denuncias en este mismo periodo de acuerdo a los datos publicados en la página del Sistema de Seguridad Pública de la Secretaría General de Gobierno⁵⁹, estas denuncias se dividen en la siguiente comisión de delito:

- Homicidio 1.5 %
- Perjuicios patrimoniales 5.55 %
- Secuestro .15 %
- Violación 1.16 %
- Robo total 38.80 %
- Lesiones 17.55 %
- Otras denuncias 38.28 %

Comparando este periodo con el del año 2015 se encontró que hubo un descenso de denuncias en un 16.82 % (Gobierno del Estado de México, 2016).

Sin embargo datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, refieren que el estado de México concentró el 12% de los delitos cometidos en todo el país durante 2015, al reportar 202 mil 205 denuncias por diversos hechos ilícitos.

El Estado de México mantuvo la mayor incidencia de secuestros en el país durante el mes de octubre con casi el 21%. La presidenta de la organización Alto al Secuestro⁶⁰ señaló que el

⁵⁹ La Secretaría de Seguridad Pública a través del Centro de Información y Estadística realiza análisis estadísticos y técnicas de referenciación geográfica que coadyuvan a la identificación de actividades y modo de operación de la delincuencia, participando en caso de ser requerido en la emisión de normas y lineamientos procedimientos, protocolos y criterios para la operatividad de los servicios de telecomunicaciones del Sistema Estatal. Propone a la o el titular del Secretariado Ejecutivo la suscripción de convenios con el Tribunal Superior de Justicia, para integrar la información sobre administración de justicia en la base de datos del Sistema Estatal de Seguridad Pública. También Incorporar al Sistema Estatal la información contenida en otras bases de datos que contribuyan a los fines de la seguridad pública, así mismo establece las medidas necesarias para asegurar que la información se integre en las bases de datos del Sistema Estatal y su transmisión al Sistema Nacional de Información, sea suministrada en los términos que señale la Ley y demás disposiciones aplicables, finalmente también da seguimiento a las reuniones de la Comisión de Información y Estadística del Consejo Estatal de Seguridad Pública.

⁶⁰ La Asociación Alto al Secuestro nace como un medio para apoyar a las víctimas de secuestro a raíz del secuestro de Hugo Alberto Wallace Miranda el 11 de julio de 2005.

municipio de Ecatepec concentra la mayor incidencia en este delito, de acuerdo a estadísticas de la organización, en el 2012 el territorio mexiquense registraba sólo 107 secuestros; para el 2013 fueron 451, 2014, 500 y 2015 van 358⁶¹

3.4.6. Violencia hacia las Mujeres

Resulta un reto la forma en que la sociedad debe organizarse para abordar en conjunto con las instituciones públicas este grave problema. Desde el sector salud esa respuesta se compone de diversas estrategias de atención con el objetivo de deslegitimar el uso de la violencia en cualquiera de sus formas para la solución de conflictos que surgen inevitablemente en las relaciones humanas. Esto implica un cambio en ls estructuras de atención del problema, pues se requiere una aplicación expedita de normas, leyes y reglamentos aplicables, por lo que es necesario transformas las concepciones de tanto quienes utilizan el servicio como de quien lo presta para comprender el problema y contribuir a su prevención y control, para esto; la Secretaría de Salud atendiendo la recomendación de la Asamblea Mundial de la Salud desde 1999 elaboró la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Y es en el año 2000 cuando comienza a visibilizarse el problema de la violencia familiar y, en particular la violencia de pareja como una causa relevante de problemas de salud.

A partir del año 2002 y por primera vez en el sector Salud en nuestro país se diseña un programa específico de prevención y atención a la violencia familiar, sexual, y contra las mujeres que comenzó a documentar a través de la ENVIM 2003, la magnitud del impacto de la violencia contra las mujeres en la población usuaria de los servicios de salud.

Para lograr este avance primero participo la Coordinación del Programa Mujer y Salud y posteriormente el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva participaron en una fase piloto en cinco entidades federativas publicando el Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual, dividido en tres tomos, donde el primero llamado Estrategias va dirigido a las autoridades institucionales del más alto nivel, el segundo tomo llamado Planeación es dirigido a los responsables de la coordinación de actividades

⁶¹ Fuente: <http://www.oem.com.mx/elsoldetoluca/notas/n4011490.htm>

relacionadas con la prevención y atención a la violencia familiar y sexual; por último, el tercer tomo llamado operativo dirigido a los profesionales de la salud en contacto directo con la población usuaria que vive en violencia y que incluye las herramientas que les permiten llevar al terreno de la práctica cotidiana los ordenamientos establecidos en la NOM-190-SSA1-1999 y les proporciona guías de acción ante diversas circunstancias de violencia (Salud, 2006).

Es a partir de esta iniciativa que el Gobierno y la Secretaría de Salud del Estado de México inician el programa de atención a mujeres, implementando los programas adecuados, sin embargo las cifras que actualmente se manejan en cuanto a la violencia de género siguen siendo desoladoras.

Cifras actuales sobre la violencia de género en el Estado de México.

Durante el mes de enero del año 2016 se registraron por lo menos 21 homicidios dolosos en contra de mujeres en el Estado de México, sin embargo solo ocho fueron clasificados dentro del delito de feminicidio por la instancia en cuestión.

De acuerdo al informe de la Procuraduría General de Justicia del Estado de México (PGJEM), de enero a abril del 2015 se denunciaron 194 feminicidios de los cuales 124 fueron judicializados, 65 con sentencia condenatoria. Adicionalmente 66 en trámite y 4 sin ejercicio de acción penal.

De acuerdo con el Observatorio Nacional del Feminicidio⁶², durante la gestión del Dr. Eruviel Ávila se tienen documentadas 840 muertes violentas, pero sólo 145⁶³ han sido investigados como feminicidios.

⁶² El Observatorio Nacional Ciudadano es una organización de la sociedad civil que fomenta el entendimiento de las condiciones de seguridad, justicia y legalidad del país, buscando incidir en la eficacia de las políticas y acciones de la autoridad, tiene como misión es contribuir a transformar, desde la sociedad civil, las condiciones de seguridad, justicia y legalidad en México, a través de una labor de articulación y observación ciudadana, independiente y profesional

⁶³ Estas cifras pueden variar de acuerdo al momento en que se toma la información, y se publique el reporte de manera oficial.

Las características con las que se han descrito los feminicidios son: 78% asesinadas con uso excesivo de fuerza física, 60% tenían entre 20 y 40 años de edad, 60% encontradas en lugares públicos, 45% tuvieron como victimario a su pareja, 33 % se desconocía la identidad de los homicidas⁶⁴. Con base a datos del Sistema Nacional de Seguridad Pública, el municipio de Toluca es el primer lugar en incidencia de este delito. Se registran al menos 6 delitos cada 24 horas. Este municipio ocupa el segundo lugar por el número de violaciones registradas en el Estado de México sólo por debajo de Ecatepec de Morelos.

Es creada la Alerta de Género

La alerta de violencia de género contra las mujeres se crea el 31 de julio de 2015, es un mecanismo de protección dentro de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para garantizar la vida, libertad, integridad y seguridad de las mujeres y niñas.

La alerta consiste en tomar acciones gubernamentales de emergencia para enfrentar y erradicar la violencia feminicida en un territorio determinado. La violencia feminicida es la forma más extrema de violencia contra las mujeres.

La Secretaría de Gobernación, a través de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres emitió la declaratoria de Alerta de Género, la cual fue declarada para 11 municipios del Estado de México: Chalco, Chimalhuacán, Cuautitlán Izcalli, Ecatepec de Morelos, Ixtapaluca, Naucalpan de Juárez, Nezahualcóyotl, Tlalnepantla de Baz, Toluca, Tultitlán y Valle de Chalco Solidaridad, los cuales concentran los mayores índices de violencia feminicida.

En el Estado de México de 2005 a 2014 de acuerdo con el informe del grupo de la investigación y la Procuraduría General de Justicia del Estado de México (PGJEM) se publican oficialmente las siguientes cifras:

- Se cometieron 933 feminicidios.

⁶⁴ Estas cifras son referidas en el informe del cuarto trimestre sobre incidencia delictiva en el Estado de México, octubre a diciembre de 2015, expedido por los diputados locales del Estado de México.

- Se presentaron 4 281 reportes de desaparición de mujeres de las cuales 95 fueron encontradas asesinadas y 1 554 siguen desaparecidas.
- Se presentaron 26 979 denuncias por violación.

De acuerdo con la PEJEM de enero de 2014 a septiembre de 2015 se registraron 504 asesinatos de mujeres (Gobierno del Estado de México, 2015).

Es importante destacar como parte de la inseguridad que se vive en el Estado de México el grado de percepción de inseguridad y la confianza en la policía que se vive en la región.

La percepción de inseguridad que se vive es de 65.4 %, esta cifra muestra como la población percibe su colonia o localidad como insegura.

El grado de confianza en la Policía es de 34 %. Este indicador corresponde al porcentaje de personas de 18 años y más que identifica a la policía estatal y considera algo efectivo o muy efectivo el trabajo de la policía estatal que calcula en el INEGI⁶⁵.

3.4.7. Impunidad en el Estado de México

Los problemas sociales han evolucionado de tal forma que ha sido necesario generar diferentes formas de abordaje para conocerlos y atenderlos en todas sus facetas, así la Universidad de las Américas de Puebla en colaboración con el Centro de Estudios sobre Impunidad y Justicia CESIJ han realizado análisis cualitativos y cuantitativos en el año 2015, para revisar el fenómeno de la impunidad a nivel global. El índice de impunidad es resultado del análisis cuantitativos de los datos oficiales que reportan las instituciones de seguridad y justicia de las entidades federativas al INEGI, México es reconocido a nivel mundial en la generación de información para entender problemas sociales, económicos de seguridad y justicia.

La impunidad es una variable que es origen y destino de otros problemas nacionales como la

⁶⁵ Fuente: 2011 INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía Encuesta Nacional de Victimization y Percepción sobre Seguridad Pública 2011. 2012 INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Victimization y Percepción sobre Seguridad Pública 2012. 2013 INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Victimization y Percepción sobre Seguridad Pública 2013. 2014 – 2015 INEGI Encuesta Nacional de Victimization y Percepción sobre Seguridad Pública. Nota general Cifras de la ENVIPE 2011 y ENVIPE 2012 ajustadas de conformidad con las proyecciones de población 2010 - 2050. CONAPO

inseguridad, violencia, corrupción, desarrollo económico e inclusive desigualdad social, por tanto; es crítico entender las causas que motivan la impunidad en cada entidad federativa, el objetivo de este estudio se centra en la reducción gradual de los graves problemas de seguridad, justicia y violaciones a los derechos humanos que enfrenta nuestro país, tanto en México como en otras partes del mundo es necesario reconocer que la impunidad deberá ser el primer foco de atención en cuanto a la elaboración de las políticas públicas de cada país combatiendo así a la delincuencia y la corrupción.

La impunidad es multi causal, y el comienzo de este proceso es desde que se comete un delito hasta que este es castigado y sus víctimas reciben la reparación del daño causado, éste hecho mantiene correlación estadística con los niveles de corrupción y la desigualdad socioeconómica, es necesario que las conductas antisociales de los individuos sean sancionadas y que los miembros de la comunidad estén conscientes de ello, al constatar que se pueden quebrantar las leyes sin ningún castigo, los delincuentes encuentran un aliciente para cometer ilícitos y mantener el hábitat adecuado para subsistir, sin embargo; la crisis de inseguridad, violencia, corrupción y violaciones a los derechos humanos por la que atraviesa el país se hace presente de forma importante en el Estado de México. (CESIJ, 2016).

El Estado mexicano es responsable de la seguridad ciudadana, la procuración y administración de justicia, el buen funcionamiento del sistema penitenciario así como la protección de los derechos humanos, en la impartición de justicia. Adecuar el sistema legal para impedir que existan vacíos legales que permitan la impunidad es responsabilidad del Congreso de la Unión y los congresos locales, ya que asignan el presupuesto a las instituciones de seguridad y justicia y debe auditar el ejercicio del gasto y los resultados de las mismas. Así mismo, el Poder Judicial debe ser independiente del poder político para administrar la justicia de manera pronta y expedita para todo aquel que la necesite. Finalmente los gobiernos estatales, congresos y poderes judiciales son los primeros responsables en atender las demandas de seguridad, justicia y protección de derechos humanos para acotar el problema de impunidad (CESIJ, 2016).

Se sabe que la impunidad alimenta la corrupción, acrecenta la inseguridad y genera más violencia, los países con altos niveles de impunidad son susceptibles de tener episodios nacionales de violaciones graves a los derechos humanos. La impunidad va de la mano con la

delincuencia organizada, es origen y destino de los graves problemas que se viven en el Estado de México.

Para determinar el grado de impunidad en una región se toman en cuenta 32 indicadores con los que se puede determinar: la necesidad de incrementar los recursos físicos y humanos a los sistemas de seguridad y justicia, observar las carencias que existen en cada región del país y determinar planes y acciones para mejorar y redirigir el rumbo.

Indicadores para determinar el índice de impunidad

Presuntos delitos registrados por 100 mil hab.

Personal en las Procuradurías por 100 mil hab.

Presupuesto ejercido por la Procuraduría o Fiscalía General de Justicia per cápita
Agencias del Ministerio Público por 100 mil hab.

Porcentaje de Agencias del Ministerio Público especializadas en delitos graves.

Personal del Ministerio Público por 100 mil hab.

Agentes del Ministerio Público por 100 mil hab.

Agentes del Ministerio Público por mil delitos registrados.

Peritos del Ministerio Público por mil delitos registrados.

Policías judiciales por mil delitos registrados.

Policías judiciales por 100 mil hab.

Porcentaje de personal de seguridad pública aprobado.

Personal total destinado a funciones de Seguridad Pública por 100 mil hab.

Personal destinado a funciones de seguridad pública por 100 mil hab. (1er. nivel, nivel intermedio, nivel operativo).

Personal operativo destinado a funciones de Seguridad Pública por 100 mil hab.

Presupuesto ejercido por Tribunal Superior de Justicia y Consejo de la Judicatura por 100 mil hab.

Magistrados y jueces por 100 mil hab.

Personal total en Tribunal Superior de Justicia por 100 mil hab.

Secretarios en Tribunal Superior de Justicia por 100 mil hab.

Número de secretarios por Juez.

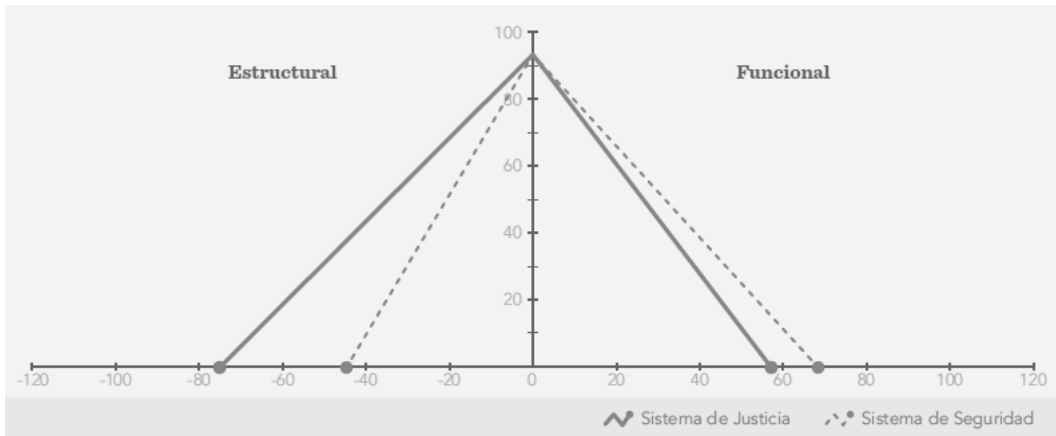
Causas penales en 1ra. instancia entre número de jueces.

Causas penales en 1ra. instancia entre carpetas de investigación totales.
Procesados en 1ra. instancia por causas penales concluidas.
Sentenciados en 1ra. instancia entre procesados en 1ra. Instancia.
Porcentaje de sentencias condenatorias.
Porcentaje de sentenciados condenados entre total de delitos consumados.
Ingresos penitenciarios entre condenados.
Porcentaje de sentenciados entre ingresos penitenciarios.
Porcentaje de encarcelados por robo entre robos en averiguaciones previas iniciadas.
Porcentaje de encarcelados por homicidio entre homicidios en averiguaciones previas iniciadas.
Porcentaje de reclusos sin sentencia en 1ra. Instancia.
Tocas penales en 2da. instancia entre sentenciados en 1ra. Instancia.
Personal penitenciario entre capacidad instalada.
Reclusos entre capacidad instalada.
Personal carcelario entre reclusos.

Cifra negra

De forma representativa se muestra cómo funcionan estos criterios en una gráfica llamada prisma de la impunidad, donde la altura del triángulo es la cifra negra, del lado izquierdo se observa la dimensión estructural y del derecho la funcional, la línea continua muestra el eje transversal sistema de justicia y la línea punteada el sistema de seguridad. Lo óptimo sería que los vértices colapsen hacia el cero. Así la impunidad es mayor conforme la suma del área de ambos triángulos es mayor. Además, si comparamos ambos triángulos, también se puede identificar si se arrastran ineficiencias de una dimensión a otra. Es decir, si uno de los ejes transversales tiene un valor bajo en la dimensión estructural pero muy alto en la dimensión funcional, significa que los problemas estructurales se trasladan a la parte funcional. Entre más alto y más abierto es el triángulo significa que la impunidad es mayor.

Figura 10 Prisma Impune México



Fuente: Centro de Estudios Sobre Impunidad en México, Universidad de las Américas Puebla (2016), Índice Global de Impunidad México IGI-MEXICO 2016.

En esta grafica que representa la concentración de datos del territorio nacional se observa que el eje transversal sistema de justicia es el que presenta un rezago mayor (por la apertura del triángulo) que se compensa ligeramente con un menor nivel en la dimensión funcional. Aunque sucede lo contrario con el eje transversal sistema de seguridad, que presenta un mejor desempeño en lo estructural pero que se deteriora en lo funcional.

El Estado de México se encuentra dentro de los estados del grupo 4, grado de impunidad alta del IGIMEX⁶⁶, con un puntaje de 76.48. La cifra negra (delitos no denunciados) del Estado se estima en 93.6%, ligeramente por encima de la media nacional (92.8%). En la siguiente gráfica se muestran los resultados obtenidos de los 32 indicadores que analizan la necesidad de incrementar los recursos físicos y humanos a los sistemas de seguridad y justicia.

⁶⁶ El criterio de clasificación de estos grupos fue el siguiente:

Grupo 1: Entidades con niveles más bajos de impunidad que el conjunto de los casos.

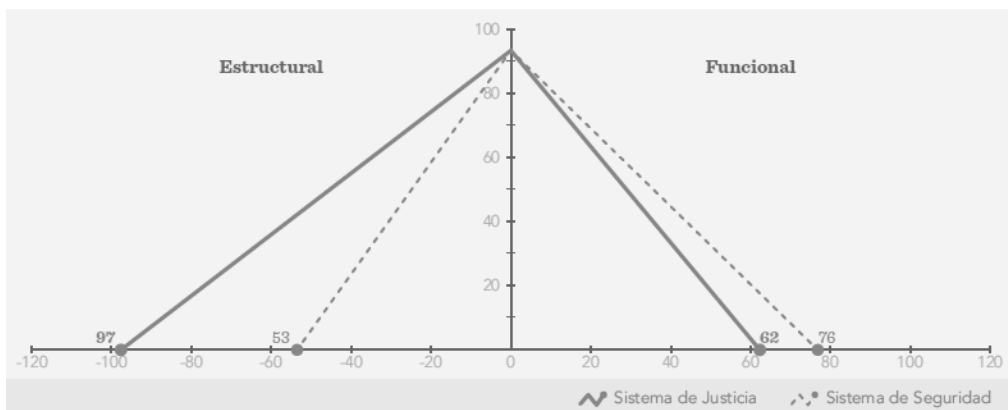
Grupo 2: Entidades cuyo índice se aleja del promedio y con un valor por debajo de 60 puntos.

Grupo 3: Entidades con índice en torno al promedio.

Grupo 4: Entidades con índice superior a 70 puntos y cuya situación refleja niveles críticos de impunidad.

Grupo 5: Comportamiento atípico.

Figura 11 Prisma Impune del Estado de México



Fuente: Centro de Estudios Sobre Impunidad en México, Universidad de las Américas Puebla (2016).

En el Estado de México se observa que el eje transversal sistema de justicia es el que presenta un rezago mayor (por la apertura del triángulo) que se compensa ligeramente con un menor nivel en la dimensión funcional. Con el eje transversal sistema de seguridad, presenta un mayor desempeño en lo estructural pero que se deteriora significativamente en lo funcional.

3.5. Servicios de Salud en el Estado de México

La Constitución Mexicana reconoce dentro de las garantías individuales en el artículo 4º en el cuarto párrafo que “... 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”, esta declaración que hace la federación ha sido acordada con base a los lineamientos internacionales en la materia, tales como recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los compromisos adquiridos al ratificar los distintos tratados internacionales sobre los derechos humanos (CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014), a su vez existe la Ley General de Salud la cual reglamenta y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

Ante la necesidad de garantizar los servicios de salud a la población Mexiquense y basados en los compromisos anteriormente mencionados como parte fundamental del desarrollo social de la población, el gobierno ha realizado una constante renovación de las instituciones a fin de

entender las legítimas demandas de los usuarios en materia de salud, así también estas instituciones se encargan de la construcción de indicadores que tienen que ver con los recursos disponibles, los servicios impartidos y los daños a la salud, así se desarrollan estrategias de cobertura e implementan programas de prevención y atención a la salud.

En el Estado de México la población derechohabiente a la seguridad social es superior a 8.8 millones, alrededor del 58.1 % de la población. Las instituciones que otorgan esta prestación en la entidad son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM). Adicionalmente, otras entidades que proveen servicios médicos son el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), el Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM). Con base en la información del CONEVAL, se observa que la cobertura de Seguridad Social no es homogénea en la entidad, pues existe en municipios como Hueypoxtla, Chiconcuac, Capulhuac, Tequixquiac, Tepetlixpa, Valle de Chalco Solidaridad, Tezoyuca, Otumba, Atenco, Chiautla y Chimalhuacán, cuyo nivel de cobertura es inferior al 25.0% del promedio estatal.

La capacidad de atención se concentra en unidades de consulta externa, pues sólo existen 77 unidades de atención hospitalaria general y 15 unidades de atención especializada, frente a esta realidad el Gobierno concentra sus esfuerzos en las unidades de consulta externa y de hospitalización general, pues en estos lugares es donde más atención recibe la mayoría de la población y donde se realiza la detección y atención temprana de enfermedades que requieren mayores niveles de especialización, así mismo atiende de manera especial la prevención de enfermedades con campañas permanentes en diferentes instituciones como el DIF estatal, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, entre otras instituciones, no obstante la necesidad de unidades especializadas ha incrementado en los últimos seis años para hacer frente a las necesidades de salud el estado más poblado de la República Mexicana.

En términos de consultorios y camas censables, por cada 1,000 habitantes, el nivel de recursos de la entidad es inferior al promedio nacional en más del 35%. En cuanto al número de

quirófanos disponibles, por cada 100, 000 habitantes el valor es de 1.6 y a nivel nacional es de 3.2 estas diferencias son aún más importantes en el equipo especializado como tomógrafos y mastografías. (Avila, 2016).

Tabla 15 Servicios De Salud Otorgados Por Las Instituciones Públicas
Por cada 1000 habitantes en el Estado de México

Recursos humanos públicos	Por cada 1000 habitantes
Médicos en contacto con el paciente ⁶⁷	1.0
Enfermeras en contacto con el paciente	1.4
Odontólogos	0.1
Razón de enfermeras por médico	1.4
Recursos físicos públicos	
Número de establecimientos públicos de atención ambulatoria	1398
Razón de camas	0.5
Servicios otorgados por instituciones públicas	
Consultas externas	2320
Consultas de especialidad	220
Egresos hospitalarios	30
Porcentaje de ocupación hospitalaria	60.9
Usuarias activas MEF	287.9
Servicios otorgados por las instituciones públicas y privadas	
Consultas prenatales por embarazada atendida	7.0

Fuente: Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, (2010), Situación de la Salud en México Indicadores Básicos.

⁶⁷ Población Económicamente dependiente: menores de 15 años y de 65 años y más por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años), el índice juvenil considera solo a los menores de 15 años, el de vejez a los mayores de 65 años.

Tabla 16 Unidades Médicas Por Nivel De Atención e Institución En El Estado de México, 2010

Institución	Total	Consulta externa*	Hospitalización General **	Hospitalización Especializada
Total	1 786	1 694	77	15
ISEM	1 200	1 144	47	9
DIFEM	337	337	0	0
IMIEM	3	0	1	2
IMSS	101	85	15	1
ISSSTE	42	40	2	0
ISEMyM	103	88	12	3

*incluye unidades móviles y a pie.

** incluye unidades médicas que proporcionan servicios de consulta externa.

Fuente. Elaboración propia con datos de IGECEM (2011) Estadística Básica Municipal del Estado de México, Ecatepec de Morelos.

Para contar con un sistema de salud integral es necesario atender los trastornos neurológicos y la salud mental, mismos que, si bien no presentan elevados niveles de mortalidad, disminuyen los estándares de salud de las personas, alteran la dinámica familiar y provocan una considerable carga económica tanto en la familia como en las instituciones (Avila, 2016).

3.6. La Salud Mental en el Estado de México

Los problemas de salud mental afectan a la sociedad en general, sin embargo, las personas en condiciones de pobreza, de desempleo, con poco nivel de escolaridad, víctimas de violencia, los migrantes, refugiados, poblaciones indígenas, mujeres maltratadas y los ancianos abandonados; corren mayor riesgo de presentar un trastorno mental y de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, porque la salud mental es un aspecto de la salud integral (Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2014).

El Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 y el programa Sectorial de Salud establece de forma prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su

conjunto deben atender de forma oportuna la protección, promoción y prevención que fomenten estilos de vida saludables mejorando consecuentemente la calidad de vida de la sociedad.

En el Estado de México se concentran los esfuerzos en las unidades de consulta externa y de hospitalización, pues es donde se hace la detección y atención temprana de las enfermedades, sin embargo las enfermedades mentales tienen una atención incipiente en cuanto a programas preventivos y de atención inmediata debido a que solo se cuenta con tres instituciones formales de atención Psiquiátrica hospitalaria, para una población de más de 16 millones de habitantes.

Hablando de salud mental el reporte⁶⁸ brindado por el proyecto Observatorio de Salud Mental en el Estado de México⁶⁹ es el siguiente:

En la entidad se cuenta con 1149 unidades de primer nivel de atención pertenecientes al Instituto de Salud del Estado de México, que realizan de manera cotidiana acciones preventivas, detecciones oportunas de usuarios y derivaciones a puntos especializados de tratamientos.

3.6.1. Prevalencia de las enfermedades mentales en el Estado de México

De acuerdo al Informe sobre el Sistema de Salud en México (Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2011), basados estos diagnósticos según criterios CIE-10.

⁶⁸ Como parte de la problemática que vive el Estado de México en cuanto a otorgamiento de servicios médicos en la sub especialidad de la Salud Mental fue muy difícil encontrar datos sólidos, los presentados en el presente manuscrito son parte del proyecto “Observatorio de la Salud Mental” realizado por personal del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y control de Enfermedades, cabe mencionar que este proyecto no ha sido autorizado oficialmente para su aplicación, se encuentra como propuesta que espera a ser activada en el siguiente plan Estatal del gobierno 2017-2023.

⁶⁹ La Secretaría de Salud del gobierno del Estado de México, a través del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVECE) propone la integración de un “Observatorio de la Salud Mental” con la finalidad de contar con un sistema de información que evalúe y mida los fenómenos, condiciones y vías de solución de los problemas y retos de la salud mental de los Mexiquenses, con la finalidad de incrementar a capacidad de las organizaciones de salud para la planeación y sustentar sus acciones de respuesta.

Tabla 17 Principales Enfermedades Mentales Atendidas en el Estado de México

Sustancias (F10-F13)		Esquizofrenia (F20-F23)		T. ánimo (F30-F33)		T.Neuróticos (F40-F48)		T. Personalidad (F60-F6)		Otros (F5, F6, F8, F9)	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
10	1.4	49	6.6	56	7.5	82	11	11	1.5	536	72

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2004), Invertir en Salud Mental, retomado el 01 de enero de 2016.

Estancia en centros de atención a las enfermedades mentales al 31 de diciembre del 2008.

De un total de la población interna, han permanecido por más de diez años 421 personas lo que representa al 76.5 %, y menos de un año 129 pacientes que representan al 23.5 %.

Los servicios ambulatorios se refieren al número de unidades que atienden los trastornos mentales y el tiempo de espera que tardan en recibir la atención los pacientes solicitantes, esto es; un servicio para pacientes ambulatorios que se dedica al abordaje de los trastornos mentales en sus aspectos clínicos y sociales.

Incluye: Centros Comunitarios de Salud Mental; Clínicas de salud mental ambulatoria, servicios ambulatorios para trastornos mentales específicos o para tratamientos especializados; departamento de salud mental ambulatorio en hospitales generales; Poli clínicas de salud mental; centros especializados de ONG con personal de salud mental y con atención ambulatoria de salud mental (por ejemplo, para supervivientes de violaciones sexuales o personas “sin hogar”).

En el Estado de México se encuentran 41 establecimientos de este tipo y el tiempo de espera para recibir el servicio es de 30 días. Así encontramos que en los servicios ambulatorios antes mencionados se atienden 101 personas por cada 100 mil habitantes de los cuales el 29,8 son mayores de 18 años, el 69.7 % son mujeres y el 30.3 son hombres, siendo un total de 14 087 pacientes atendidos.

Tabla 18 Principales Características De Los Pacientes Atendidos En Unidades Ambulatorias ⁷⁰

Sustancias (F10-F13)		Esquizofrenia (F20-F23)		T. ánimo (F30-F33)		T. Neuróticos (F40-F48)		T. Personalidad (F60-F6)		Otros (F5, F6, F8)	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
177	1.3	513	3.6	7226	51.3	1666	11.8	400	2.8	4105	29.2

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2004), Invertir en Salud Mental.

3.6.2. Recursos Materiales en Salud Mental

Esta red es complementada por 31 centros de atención primaria a las adicciones (CAPA), localizados de forma estratégica en la geografía estatal determinada con la siguiente distribución por municipio.

Unidades de hospitalización breve o parcial (día)	ninguna
Unidades de rehabilitación y/o comunidades terapéuticas	ninguna

Unidades residenciales o de hospitalización prolongada

1. Hospital Psiquiátrico Granja “La Salud Tlazolteotl”, Dir. Dr. Rafael Castro Román, Municipio de Ixtapaluca, KM.33.5 carretera federal. México-Puebla, Zoquiapan, Teléfono: 5972 0028, 5972 1640, Código postal: 56530, Estado de México.

Consultorios totales	19	Paido Psiquiatras	0
Consultorios de Psicología	7	Psicólogos	8
Consultorios de Psiquiatría	4	Psico Geriatras	2
Médicos en contacto con el paciente	16	Enfermeras	76
Psiquiatras	3		

⁷⁰ Los trastornos se calificaron de acuerdo con los criterios diagnósticos del CIE-10.

2. Hospital Psiquiátrico Adolfo M. Nieto, Municipio de Acolman, km. 32.5 carretera federal México – Pirámides, colonia Tepexpan, Teléfono 9570003, Código Postal 55885, Estado de México.

Consultorios	17	Paido Psiquiatras	0
totales			
Consultorios	de 4	Psicólogos	13
Psicología			
Consultorios	de 7	Psico Geriatrias	0
Psiquiatría			
Médicos	en 22	Enfermeras	109
contacto con el			
paciente			
Psiquiatras	7		

3. Hospital Psiquiátrico José Sayago, atiende únicamente población femenina se encuentra en Municipio de Acolman, carretera federal México – Pirámides km 33.5 s/n. Teléfono 01 594 9571836, contacto sayago@hotmail.com

Consultorios	11	Paido Psiquiatras	0
totales			
Consultorios	de 1	Psicólogos	14
Psicología			
Consultorios	de 8	Psico Geriatrias	0
Psiquiatría			
Médicos	en 27	Enfermeras	126
contacto con el			
paciente			
Psiquiatras	9		

Fuente: Sección de Información de Recursos Humanos y Materiales, Secretaría de Salud, 2004.

Datos sobre pacientes hospitalizados; total 744 pacientes siendo un 19% hombre y 81% mujeres (Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2011).

Como parte de los avances que se han logrado con el plan Miguel Hidalgo⁷¹ se han creado 14 villas, una casa de medio camino y un taller comunitario.

En el actual periodo de gobierno se toma la iniciativa de construir cuatro Centros Integrales de Salud Mental CISAME inaugurados en el año 2016, dependiendo del Instituto de Salud del Estado de México, atendiendo principalmente los siguientes padecimientos: depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por déficit de atención, consumo de sustancias y en menor medida esquizofrenia, riesgo suicida y trastorno de la personalidad. Para poder ser atendidos deberá el paciente traer una referencia por parte de un médico general o un psicólogo describiendo los síntomas. De los cuatro centros previstos cuales actualmente funcionan tres, el cuarto nunca se habilitó para cubrir su objetivo primario, fue destinado y habilitado como clínica de salud reproductiva.

1. CISAME Ixtapaluca

Esta unidad tiene la capacidad de atender alrededor de 100 pacientes diarios en consultas Psiquiátricas, de Paido Psiquiatría y Psicológicas, individuales y grupales. Domicilio: Puebla Km 34.5, Pueblo de Municipio de 56530 de, 3a. Cda. Federal, Zoquiapan, Ixtapaluca, Estado de México.

2. CISAME Chimalhuacán

Ofrece atención psiquiátrica principalmente a niños y adolescentes, cuenta con especialistas en Psiquiatría infantil o Paido Psiquiatras, también ofrece atención a adultos.

Domicilio: Avenida Rivapalacio S/N Barrio Transportistas C.P. 56363, Chimalhuacán

Telefono 51 11 62 54, horario de atención de Lunes a Viernes de 8 a 4 pm.

⁷¹ El Modelo Miguel Hidalgo es una iniciativa del gobierno en conjunto con la Secretaría de Salud y otras instancias que contempla la creación de nuevas estructuras de atención, a partir de las cuales se integrarán elementos suficientes para modificar la visión y el trabajo de las instituciones, tomando en cuenta los derechos de los usuarios, así mismo que reciban una atención integral médico – psiquiátrica con calidad, calidez y gratuidad. Ofrece una red de servicios con diferentes alternativas de promoción de la salud mental, prevención, atención ambulatoria, hospitalización, re inserción social, para personas de cualquier edad que padecen algún trastorno mental. Este programa ha coincidido plenamente con las disposiciones del plan de acción integral sobre Salud Mental 2013-2020 Asamblea Mundial de la Salud, OMS.

3. CISAME Cuautitlán Izcalli

Ofrece servicios de atención psiquiátrica principalmente a niños y adolescentes, cuenta con especialistas en Psiquiatría, también ofrece atención a adultos, surten el medicamento si cuentan con póliza de seguro popular en caso de requerir tratamiento farmacológico.

Dirección Avenida Juan Pablo II, col. Santa Elena 54850, Cuautitlán, Estado de México, teléfono 5732 0883, horario de Atención de Lunes a viernes de 8 a 4 pm.

3.5.3. Recursos Humanos en la Salud Mental en el Estado de México

De acuerdo con el INEGI, en 2009 existían 189 531 médicos; de éstos, 77 054 tenían alguna especialidad. Los Psiquiatras representan un 20% del total y el 4.9 % de los médicos especialistas, estos datos son consistentes con el resultado reportado por la OMS en 2011 donde se concluye que el número de psiquiatras en México aún está por debajo de la tasa recomendada. Los Psiquiatras y Psiquiatras se agrupan en las zonas urbanas del país esto aunado al número reducido que son resulta insuficiente el servicio para la gran población Mexiquense (Secretaría de Salud, 2007).

En el Estado de México, los recursos humanos adscritos a los 3 hospitales psiquiátricos existentes son: 36 Psiquiatras que corresponde a una Tasa de 0.03⁷², 46 Médicos Generales, 367 Enfermeras, 42 Psicólogos y 33 Trabajadores Sociales (Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2011)

3.6.4. Programas que Atienden la Salud Mental en el Estado de México

El Gobierno Estatal en conjunto con la Secretaría de Salud y el Instituto Mexiquense contra las Adicciones en el 2014 ofrecen servicios de atención primaria para prevenir y atender el uso y el abuso de sustancias adictivas, donde laboran psicólogos, médicos y trabajadores sociales

⁷² La Tasa de Psiquiatras se obtuvo dividiendo el número total de psiquiatras que trabajan en los hospitales psiquiátricos entre el número total de camas que hay en estos hospitales.

especializados en la prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, además como parte de este programa permanente se han registrado diez centros de atención a farmacodependientes.

El programa de tratamiento consiste en los siguientes programas:

- Tratamiento breve para adolescentes que inician el consumo
- Tratamiento breve para usuarios de alcohol
- Tratamiento breve para usuarios de cocaína
- Tratamiento breve para usuarios de tabaco
- Tratamiento breve para usuarios de marihuana
- Tratamiento breve para familiares de usuarios de sustancias adictivas
- Tratamiento para usuarios con dependencia
- Programa de prevención de recaídas

Con esta iniciativa se atendieron 8 836 personas en el servicio de información, 1 919 en plática de orientación , 6 336 capacitación , 15 461 en sensibilización , en prevención selectiva e indicada dos mil 532, en prevención indicada 47, en promoción y difusión institucional 4820 , servicio total 39951.

En la práctica de estos programas se han identificado 5 222 farmacodependientes, de los cuales cuatro mil uno son hombres y 955 son mujeres 266 casos no especificados.

De los cuales se reportó que 4093 consumen alcohol, 615 anfetaminas, 3365 cannabis, 1647 cocaína, 641 alucinógenos 1600 inhalables, 61 opiáceos, 371 sedantes y 4 009 otras. (Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa, 2015).

Otros programas relacionados con la salud mental que otorga el Gobierno del Estado de México se encuentran relacionados con Instituciones como:

Secretaría de Salud. Promueve este servicio a través de su página oficial (área de prevención), con un programa llamado promoción y prevención de la Salud mental, el

cual a través de una página interactiva proponen hacer una revisión de la salud emocional e invita a obtener mayor información en los Centros de Integración Juvenil, DIF, Institutos de la Juventud y Organizaciones de la Sociedad Civil.

Ofrece también atención directa a través de la línea telefónica "De joven a joven; así nos entendemos" al Tel. 01(722) 2120532 y Lada sin costo 01 800 7102496, 01 800 7102502, las 24 horas, los 365 días del año, ofreciendo servicio anónimo, gratuito y confidencial.

En la misma página principal de la Secretaría de Salud en el apartado de prevención ofrece atención preventiva y de detección de la violencia intrafamiliar, sexual y contra la mujer, proporcionando una lista de centros de atención pública donde pueden orientar al usuario en cuanto a estos temas, así mismo; se encuentra publicado un cuestionario auto aplicable para poder detectar situaciones de violencia familiar y una serie de conceptos que harán que los consultantes de esta página puedan tener un mejor conocimiento de la problemática que están viviendo.

También promueve la Salud en la Adolescencia, proponiendo al joven a adoptar estilos de vida saludables, este programa se implementó a partir del año 2003 en el Estado de México, dando seguimiento a los lineamientos proporcionados por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, la cual propone a partir del año 2010 promover la semana Nacional de Salud del Adolescente atendiendo los siguientes componentes básicos:

1. Atención integral del adolescente
2. Actividades deportivas.
3. Actividades culturales y recreativas.

Acciones de Información:

- Prevención de accidentes.

- Prevención de VIH e ITS.
- Prevención del embarazo en adolescentes.
- Prevención de violencia y maltrato.
- Prevención, Diagnóstico Oportuno y Tratamiento Integral del Cáncer en las y los adolescentes.

Servicios de Atención y/o Referencia.

- Intervenciones de nutrición en adolescentes.
- Intervenciones de salud bucal en adolescentes.
- Referencia a Servicios Amigables (CNEGySR), Centros Nueva Vida (CENADIC), Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS) y Unidades Médicas Acreditadas.
- Referencia a otras instancias: DIFEM, CEMyBS, IMEJ

Promoción de la Salud.

- Promoción de la Cartilla Nacional de Salud para Adolescentes de 10 a 19 años con especial énfasis en las intervenciones de nutrición, vacunación y promoción de la salud.

Contacto: sadolescente@outlook.com teléfono: 2358690 ext.64763

La misma Secretaría de Salud a través del Instituto de Salud del Estado de México promueve los servicios que brinda el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva donde entre los servicios que ofrece con relación a la salud mental se encuentra una guía para detectar la violencia de género e información sobre refugios para mujeres que viven violencia extrema con la siguiente información:

Un refugio es un espacio temporal que ofrece servicios de protección, alojamiento y atención con perspectiva de género a mujeres, sus hijas y sus hijos que viven en

situación de violencia familiar o de género extrema. En él también se les brinda seguridad, se les facilita la recuperación de su autonomía y se les apoya para hacer un plan de vida libre de violencia.

Servicios especializados que ofrece de manera gratuita a las usuarias y, en su caso, a sus hijas e hijos

- Protección y seguridad
- Hospedaje
- Alimentación, vestido y calzado
- Referencia para la atención médica integral
- Servicio de enfermería
- Asesoría jurídica
- Atención psicológica
- Programas reeducativos integrales para que logren estar en condiciones de participar plenamente en la vida privada, pública y social.
- Capacitación, para que puedan adquirir conocimientos y habilidades para el desempeño de una actividad laboral, y Bolsa de trabajo, con la finalidad de que puedan tener una actividad laboral remunerada.

Con los siguientes objetivos

- Garantizar un espacio seguro y digno de alojamiento temporal
- Proporcionar a las mujeres la atención necesaria para su recuperación física y psicológica, que les permita participar plenamente en la vida privada, pública y social.
- Favorecer la toma de conciencia individual y colectiva, a fin de promover la autonomía de las mujeres para el ejercicio pleno de sus derechos;
- Apoyar un proceso de toma de decisiones hacia una vida libre de violencia;
- Ofrecer atención integral en las áreas de necesidades básicas, apoyo emocional, salud, protección legal, social, educativa y productiva.

Localización de estos centros de atención

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva transfiere recursos para la operación de refugios a aquellas instituciones que presentaron proyectos y fueron aprobados. Los refugios son operados en su mayoría por Organizaciones de la Sociedad Civil y algunos por Instituciones Públicas de nivel estatal y municipal y se ubican en 25 de los 32 Estados de la República incluyendo al Estado de México.

Requisitos para ingresar a un refugio

- Ser mujer y estar viviendo una situación de violencia extrema (incluidos sus hijos e hijas).

La violencia extrema implica: lesiones que pongan en peligro la vida de la mujer sus hijas e hijos, aislamiento extremo, inadaptación a las actividades de la vida diaria, depresión y redes de apoyo social o inseguras.

- Ser referidas con previa valoración por las diferentes Instituciones Públicas o Privadas que conforman el Sistema Nacional de Salud. Para el caso de mujeres menores de 18 años que hayan estado unidas en pareja, previa solicitud firmada por madre o padre o por quién ejerza la guardia custodia o tutor legalmente designados, o a petición de la Procuraduría del Menor y la Familiar del DIF o del Juez competente. En casos de emergencia, por el Ministerio Público como medida precautoria.
- Que no cuenten con redes de apoyo familiar o social;
- Que su solicitud de ingreso sea voluntaria, mediante la firma de una carta de ingreso.
- En los casos de mujeres que a su ingreso presentaran síntomas de padecimientos psiquiátricos no controlados, incluido el consumo de drogas y abuso de alcohol, deberán ser valoradas por personal médico especializado y en su caso derivarse a una unidad de salud para su atención. Una vez bajo control, se deberá garantizar su seguimiento para la atención.

Estancia en el centro

En el refugio las mujeres y sus hijos e hijas, podrán permanecer hasta un período de tres meses, en el cual deberán participar en un programa de atención integral y reeducativo para romper con su círculo de violencia. Sin embargo, las mujeres podrán decidir libremente egresar antes del período considerado y esto no será limitante para reingresar posteriormente.

Responsables de operación de los refugios

Principalmente son organizaciones de la sociedad civil que trabajan sin fines de lucro apoyadas por financiamientos gubernamentales y sociales para el desarrollo de sus actividades, así como algunas Instituciones Públicas a nivel Estatal, Municipal y local en los estados.

Contacto

Comunicarse al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud Federal, teléfono 52 63 91 00 ext. 59167, 59131 y 59166.

Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM)

Tiene como propósito en congruencia con el Plan de Desarrollo Estatal la atención integral de la familia, por tanto la población atendida es de niños, mujeres, jóvenes y adultos mayores en su mayoría, brindando ésta con programas y acciones orientadas a otorgar apoyos que promuevan en la medida de lo posible el mayor bienestar, estas acciones son realizadas en coordinación con los sistemas municipales ya que cuenta con los siguientes programas:

Clínica de Salud Mental

Otorga consultas psicológicas y psiquiátricas en el Centro de salud mental Juan Ramón de la Fuente, la cual se encuentra certificada y recertificada bajo la Norma de Calidad ISO: 9001-2008, otorga los servicios de consulta externa (sin hospitalización) en las áreas de Psicología y Psiquiatría para niñas, niños, adolescentes y adultos; que carecen de seguridad social,

impartiendo pláticas, talleres y conferencias a grupos e instituciones en coordinación con los Sistemas Municipales DIF. El servicio de Psicología, se brinda de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 15:00 horas para el turno matutino y de 13:00 a 20:00 horas para el turno vespertino. Domicilio : Calle Andrés Quintana Roo Nte. 1214, Villa Hogar, 50170 Toluca de Lerdo, Méx. Tel. 01 (722) 2172833

Programa S. O. S. (Servicio de Orientación Sicológica)

Ofrece orientación psicológica vía telefónica a niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres de familia, maestros y público en general sobre diversas temáticas como: Relaciones Familiares, Relaciones Interpersonales, Sexualidad, Alcoholismo, Drogadicción, Pareja, Depresión, Ansiedad, con el ojetivo de favorecer su proyecto de vida. Así como Información sobre algún tema de interés como: Métodos Anticonceptivos, Farmacodependencia, Embarazo, Infecciones de Transmisión Sexual, etc. y Recepción de Reportes de Maltrato generado a menores de 18 años que vivan dentro del Estado de México, en forma anónima, gratuita y confidencial. En caso de que se requiera atención de persona a persona se cuenta con directorios de Instituciones que brindan servicios especializados.

Números telefónicos: Toluca (01 722) 212 05 32 y (01 722) 280 23 24. De todo el Estado sin Costo: 01 800 710 24 96 y 01 800 221 31 09.

Taller Preventivo para la Depresión

Este taller está dirigido a mujeres entre los 19 a 59 años, consta de ocho sesiones de dos horas cada y se imparte de forma gratuita, a través de talleres psicoeducativos, promoviendo desarrollar habilidades para mejorar su calidad de vida, en una fase preventiva o facilitar a las participantes el reconocimiento de su propio proceso depresivo en cualquier etapa que ésta se encuentre. Atención en el Departamento de Salud Mental del DIFEM. Domicilio: Calle Andrés Quintana Roo Nte. 1214, colonia Villa Hogar, c. p. 50170, Toluca de Lerdo Estado México Tel. 01 722 2193 152

Atención a personas que viven Maltrato Familiar

El Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia brinda atención integral a menores, adolescentes, mujeres, hombres, adultos mayores y personas con capacidades diferentes; receptoras y generadoras de violencia y/o maltrato físico, psicológico, abuso sexual, abandono, abandono económico y negligencia. Cuenta con un equipo en las áreas médica, jurídica, psicológica y social, el cual se encuentra en estrecha comunicación con la Procuraduría de la Defensa al Menor y la Familia y proporciona orientación social y asistencia jurídica al menor en estado de vulnerabilidad y a familias de escasos recursos. Estos servicios se ofrecen a través de diferentes instancias.

Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia

Ofrece atención a toda aquella persona que se encuentre en situación de maltrato y /o vulnerabilidad, esto puede ser a través de una denuncia anónimo o con identidad usando los servicios que otorga la línea de Denuncia de Maltrato familiar direccionada desde la página principal del DIFEM – inicio- atención a personas- mujeres – maltrato familiar – Centro de Prevención y atención al maltrato y la familia, link. <http://sistemas2.edomex.gob.mx/seits/ejecutarTramite.action?valorTramite=2514>. Cuenta con un equipo de profesionales en el área médica, psicológica, jurídica y social que atienden las solicitudes realizadas ya sea vía internet, telefónica o personalmente, al realizar la denuncia la persona debe proporcionar el nombre completo del agresor y la víctima, domicilio de ambos con las mayores referencias posibles para ser localizados además de describir el tipo de maltrato al que se enfrenta, esperando una respuesta inmediata, esta atención se ofrece en todos los sistemas Municipales DIF de lunes a viernes de 9 a 16:00 horas de manera gratuita.

Asistencia a Víctimas de Maltrato Familiar a personas con capacidades diferentes.

Brinda atención médica, social, psicológica y jurídica a niños, niñas, adolescentes, mujeres, hombres, adultos mayores y personas con capacidades diferentes receptoras y generadora de

maltrato físico, psicológico, abuso sexual, abandono, abandono económico y negligencia. Esta denuncia puede hacerse de manera personal o telefónica, proporcionando el nombre completo del agresor y la víctima, domicilio de ambos con las mayores referencias posibles para ser localizados además de describir el tipo de maltrato al que se enfrenta, esperando una respuesta variable, esta atención se ofrece en todos los sistemas Municipales DIF de lunes a viernes de 9 a 16:00 hrs de forma gratuita.

El gobierno del Estado de México también ofrece atención a población vulnerable a través de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (DIFEM) otorga asesoría jurídica y patrocinio legal de forma gratuita y a partir de 31 de julio de 2015 se genera la Alerta de Género contra las Mujeres que tiene como finalidad enfrentar y erradicar la violencia feminicida en 11 de los 125 municipios.

En conjunto con el sistema Nacional la Alerta Amber es el mecanismo para la búsqueda y pronta localización de niños, niñas y adolescentes reportados como desaparecidos, en el que participan de manera conjunta, los tres niveles de gobierno Federal, Estatal y Municipal, los Medios Masivos de Comunicación, Organizaciones de la Sociedad Civil, el Sector Empresarial, Sector Académico y Otros organismos que pudieran apoyar desde el ámbito de sus competencias, línea directa alerta Amber 01800 00 854 00, página <http://www.fiscaliadesaparecidosedomex.org.mx/>.

El Estado de México es una entidad auto denominada progresista y solidaria, los planes y programas implementados con el objetivo de cumplir todas los planteamientos realizados en su Plan Nacional de Desarrollo están basadas en las propuestas dictadas por la OMS, en cuanto a salud se refiere, buscando siempre en las acciones proyectadas y ejecutadas el bienestar de la sociedad que gobierna, sin embargo; también se encuentra inmerso en una serie de circunstancias sociales que complican estos loables objetivos. La realidad de la sociedad rebasa por mucho lo planteado y propuesto, a continuación se presentará la realidad del municipio más poblado y con mayores conflictos del Estado de México.

Capítulo 4

Factores de vulneración de la población y sus determinantes en el Municipio de Ecatepec de Morelos



David Alfaro Siqueiros, La revolución contra la dictadura Porfiriana”

“Hay quienes se adueñan de los bienes que les han sido dados para todos, utilizándolos tan sólo para sí o ‘para los suyos’. Es tener el ‘pan’ a base del sudor del otro, o hasta de su propia vida.

Esa riqueza obtenida de tal forma, es el pan con sabor a dolor, amargura, a sufrimiento...

En una familia o en una sociedad corrupta ese es el pan que se le da de comer a los propios hijos”.

Mensaje del papa Francisco a la comunidad de Ecatepec, febrero de 2016.

Etimológicamente Ecatepec proviene de la lengua náhuatl y significa en el cerro del Dios del Viento (Eheca-tl = 'viento', tepē-c = 'en el cerro'). Este significado es un título al dios Quetzalcóatl. Este se compone de la cabeza de un ave emplumada con pico largo, que descansa sobre una base de piedra y un monolito que representa su cuerpo.

Es uno de los 125 municipios que conforman el Estado de México se localiza al noroeste del mismo, dentro de la zona metropolitana del Valle de México y forma parte de la región V de la entidad. Tiene una extensión territorial de 186.25 Km² que representa el 72% del Estado, cuenta con 540 colonias y fraccionamientos.

Limita al norte con los municipios de Jaleco y Tecámac; al sur con los municipios de Nezahualcóyotl, Texcoco y la delegación Gustavo A. Madero; al este con los municipios de Acolman, San Salvador Atenco y Tezoyuca; y al oeste con los municipios de Coacalco de Berriozábal, Tlalnepantla y Tultitlán (Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística Catastral del Estado de México, 2016)

4.1. Plan Municipal de Ecatepec de Morelos

Continuando con la línea del Gobierno Federal, la propuesta en su Plan Estatal de Gobierno por del Dr. Eruviel Ávila Villegas y el Plan Municipal presentado por el Maestro Pablo Bedolla López Presidente Municipal Constitucional del Municipio de Ecatepec de Morelos también se rigen por pilares temáticos, donde el objetivo general del pilar del gobierno solidario el cual busca propiciar las condiciones que favorezcan el desarrollo humano y social del municipio elevando sus actuales condiciones de vida, con especial énfasis en grupos vulnerables a través de programas y acciones que combaten la pobreza, involucran a la población y propician un mayor desarrollo en materias de educación, cultura, cultura física, recreación, deporte, salud y asistencia social.

En el área de salud y asistencia social el gobierno municipal busca que los habitantes de Ecatepec cuenten con los servicios básicos de salud y contribuir al fortalecimiento de la calidad de vida del municipio. El Plan Municipal destaca el papel fundamental de las mujeres

Ecatepenses, así mismo reconoce que ha sido un grupo muy desprotegido, ante este reconocimiento se han generado políticas públicas para favorecerlas en materia de salud, educación, cultura, deporte y trabajo, además se han creado campañas para promover sus derechos y participación en la sociedad.

La violencia de género es una preocupación más del gobierno municipal por lo que implementar entre otras política públicas a favor de ellas es participar activamente en el programa denominado alerta de género (La Salud Mental en México, 2005).

Sin embargo en cuanto a políticas públicas retomadas específicamente en salud mental el Plan Municipal de Desarrollo carece de especificaciones y disposiciones para este periodo de gobierno.

4.2 Indicadores de Desarrollo Social

4.2.1. Población

El municipio de Ecatepec cuenta con 1 677 678 habitantes por lo que se considera el poblado del Estado de México, así mismo, también es considerado el municipio más poblado del país⁷³, esto representa el 13.5 % de la población total del país, población proyectada al 2017, 1 798 938 habitantes. Por cada 93 hombres hay 100 mujeres, la mitad de la población tiene menos de 28 años, y por cada 100 personas hay 48 en edad de dependencia (menores de 15 años o mayores de 60 años).

Índice de Rezago social para el año 2015, -1.36 (grado muy bajo) ocupa el lugar 10 de los 125 municipios del Estado, su Índice de Marginación -1.50 (muy bajo).

⁷³ Datos obtenidos del Cuaderno de Información Estadística y Geográfica publicado cada tres años por el H. Ayuntamiento Municipal, la suma total de la información en diferentes rubros probablemente no llegue a coincidir por el desfase de la publicación entre el tiempo del levantamiento de datos y la publicación de los mismos en diferentes periodos, algunos indicadores pueden ser muy dinámicos por la naturaleza de los mismos en tanto que otros reflejan cambios más lentos por ser periodos más largos en los que suceden modificaciones.

4.2.2. Índice de Desarrollo Humano (IDH)

Al ser un indicador de carácter social compuesto por tres dimensiones esenciales, que son: vida prolongada y saludable, adquisición de conocimientos y acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente; toda vez que si no se cuenta con las suficientes oportunidades en estas en estas dimensiones, muchas oportunidades serán inaccesibles. Tomando en cuenta el IDH en los Estados Unidos Mexicanos que es 0.750 y el del Estado de México que es de 0.534, se encuentra que el IDH en Ecatepec es de 0.859, por lo que se encuentra dentro de los 20 más elevado de la entidad y por encima de la media estatal y nacional⁷⁴.

4.2.3. Pobreza

Los indicadores en materia de pobreza muestran que en el municipio de Ecatepec de Morelos el porcentaje de la población en situación de pobreza, está por debajo del porcentaje en el Estado de México y del país en rubros como la pobreza moderada, pobreza extrema, carencias sociales (salud, vivienda y alimentación) y vulnerabilidad en ingresos, es decir la pobreza en Ecatepec es menor a la media estatal y nacional, ya que la población no vulnerable y no pobre es del 19.6%, cifra superior a la del estado que es del 18.60% y la del país que es del 19.34%.

Este indicador coloca al municipio de Ecatepec de Morelos en una situación de vulnerabilidad debido a que los indicadores de pobreza no son ni un 20% de la población total, y los programas gubernamentales son escasos para una urbe tan poblada.

⁷⁴ INEGI, publicación México en el Mundo 2010.

Tabla 19 Indicadores De Pobreza En Ecatepec De Morelos, Estado de México

Pobreza	%	Núm. De personas	Privación social	%	Núm. De personas
Población en situación de pobreza	40.80	723 559	Personas con al menos una carencia social	73.8	1 307 924
Población en situación de pobreza moderada	34.80	616 537	Personas con al menos tres carencias sociales	24	425 196
Población en situación de pobreza extrema	6.00	107 023	Indicadores de carencia social		
Población vulnerable por carencias sociales	33	584 364	Rezago educativo	17.80	314 747
Población vulnerable por ingresos	6.70	118 247	Carencia por servicio a la salud	40.30	713 991
Población no pobre y no vulnerable	19.60	346 958	Carencia por acceso a la seguridad social	55.30	980 002
			Carencia por calidad y espacios de la vivienda	9.70	172 080
			Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	5.60	99 634
			Carencia por acceso a la alimentación	31.10	550 683

Fuente: CONEVAL (2010), Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social Ecatepec de Morelos Estado de México.

4.2.4. Educación

De igual forma que en los diferentes indicadores los resultados muestran que en cuanto a educación se encuentra por encima de la media estatal y nacional, esto es: el grado de escolaridad⁷⁵ es de 9.1 y el 8.6 del país, en promedio la escolaridad es de primer semestre de bachillerato. La tasa de alfabetización es de 99.5 y la población que ingresa a la educación primaria, secundaria y bachillerato deserta menos y concluye su instrucción en mayores porcentajes que los registrados en los ámbitos municipal y nacional.

Para el 2010 contaba con 680 escuelas preescolares con un promedio del 8.2% del total estatal, 619 primarias con el 8%, 255 secundarias con el 7.1%, 115 bachilleratos con 8.9%, 13 escuelas de profesional técnico con el 13% y 39 escuelas de formación para el trabajo con 11.5%.

⁷⁵ El grado promedio de escolaridad permite conocer el nivel de educación de una población determinada, se obtiene segmentando un conjunto de personas, se suman los años aprobados desde primero de primaria hasta el último año que cursó, posteriormente se divide entre el número de individuos que componen el grupo segmentado y el resultado son los años que en promedio ha estudiado el grupo.

Para 2015 se registraron un total de 1 782 escuelas, laborando en ellas 21 006 profesores y asistiendo 435 163 alumnos. Cuenta con 14 bibliotecas públicas. Población de 15 años y más, alfabetada 1 250 367 personas, analfabeta 25 268, no especificado 8 394 (Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística Catastral del Estado de México, 2016).

4.3. Procuración de Justicia

El Municipio de Ecatepec de Morelos es uno de los 125 municipios que pertenecen al Estado de México, en el cual por su densidad de población y sus altos índices de marginación y pobreza se puede entender que el nivel de delitos del fuero común es sumamente elevado.

Existe una Fiscalía Regional, dos Centros de Justicia y catorce agencias del Ministerio Público. En cuanto Averiguaciones iniciadas 22 969 corresponden a Delitos denunciados⁷⁶, 4 141 a Lesiones, 430 homicidios, 13 383 robos⁷⁷, 481 daños a bienes y 4 534 otros.

Tabla 21 Incidencia delictiva del fuero común en el Municipio de Ecatepec de Morelos 2016.

Robo Común	Con Violencia	A Casa Habitación	94
Robo Común	Con Violencia	A Negocio	594
Robo Común	Con Violencia	De Vehículos	6220
Robo Común	Con Violencia	A Transportistas	306
Robo Común	Con Violencia	A Transeúntes	1558
Robo Común	Con Violencia	Otros	283
Robo Común	Sin Violencia	A Casa Habitación	333
Robo Común	Sin Violencia	A Negocio	146
Robo Común	Sin Violencia	De Vehículos	2860
Robo Común	Sin Violencia	A Transportistas	31
Robo Común	Sin Violencia	A Transeúntes	40
Robo Común	Sin Violencia	Otros	167
Robo En Instituciones Bancarias	Sin Violencia	Otros	3
Lesiones	Dolosas	Con Arma Blanca	84
Lesiones	Dolosas	Con Arma De Fuego	90
Lesiones	Dolosas	Otros	3535
Lesiones	Culposas	Con Arma Blanca	3
Lesiones	Culposas	Con Arma De Fuego	1
Lesiones	Culposas	Otros	979
Homicidios	Dolosos	Con Arma De Fuego	216
Homicidios	Dolosos	Con Arma Blanca	33

⁷⁶ Incluye delitos correspondientes a otras entidades.

⁷⁷ Incluye robos a casa habitación, a empresas, bancos, vehículos, transporte y peatones.

Homicidios	Dolosos	Otros	49
Homicidios	Culposos	Otros	82
Delitos Patrimoniales	Abuso De Confianza	Abuso De Confianza	202
Delitos Patrimoniales	Daño En Propiedad Ajena	Daño En Propiedad Ajena	635
Delitos Patrimoniales	Extorsión	Extorsión	157
Delitos Patrimoniales	Fraude	Fraude	313
Delitos Patrimoniales	Despojo	Sin Datos	257
Priv. De La Libertad (Secuestro)	Secuestro	Secuestro	24
Delitos Sexuales (Violación)	Violación	Violación	294
Otros Delitos	Estupro	Estupro	12
Otros Delitos	Otros Sexuales	Otros Sexuales	225
Otros Delitos ⁷⁸	Resto De Los Delitos (Otros)	Resto De Los Delitos (Otros)	14382

Gobierno del Estado de México. (junio de 2016). Centro de Información y Estadística.

4.3.1. Policía de Mando Único

Ecatepec de Morelos es parte de los 118 municipios que firmaron el convenio de mando único policial con el Gobierno del Estado, el cual se ha implementado de la siguiente forma:

Se han conjuntado de forma integral tanto la policía Municipal como Estatal para trabajar de manera coordinada bajo una misma estrategia, esto bajo la dirección de un mando único,

implementando turnos de vigilancia de doce horas, con la finalidad de garantizar que durante su jornada laboral los elementos policiacos estén totalmente alertas, así el estado de fuerza designado a cada cuadrante es más eficaz otorgando una pronta respuesta a los habitantes, con el apoyo de 1200 cámaras de video vigilancia.

Se ha dividido el municipio de forma estratégica de acuerdo a las características y geografía del total de las colonias en 70 cuadrantes en total, esto permite conocer las condiciones

⁷⁸ Comprende manejar en estado de ebriedad, violación, fraude, despojo, secuestro, estupro. Fuente: IGCEM. Dirección de Estadística. Elaborado con base en información proporcionada por las unidades productoras de información de los ámbitos Federal y Estatal

sociales, económicas y geográficas de cada región; así como el fenómeno delictivo en cada una de ellas, a cada cuadrante se le han asignado policías y patrullas fijos plenamente identificados con su zona de responsabilidad, el estado de fuerza de cada cuadrante es más eficaz en las calles otorgando una buena respuesta a la ciudadanía la cual tiene los números de contactos de los responsables de la zona, así mismo la ciudadanía puede consultar una base de datos vía internet para identificar su cuadrante y a los responsables de éste, permitiendo la interacción de los ciudadanos con los responsables de cada cuadrante proponiendo iniciativas y sugerencias que beneficien y faciliten el efectivo desarrollo de la seguridad, el dividir los sectores perfectamente delimitados permite la cobertura más amplia de patrullajes y respuesta a la ciudadanía siguiendo los protocolos establecidos.

Los vehículos ocupados para el patrullaje están monitoreados las 24 horas vía GPS desde un centro de mando, así cuando se presentan situaciones de emergencia las unidades son localizadas y su tiempo de respuesta es en menor tiempo, así mismo los cuadrantes vecinos pueden acudir en apoyo.

De esta forma el gobierno del municipio de Ecatepec ofrece a su población un intento de control de la problemática que se vive y que repercute en su salud mental.

4.4. Alerta de Género en el Municipio de Ecatepec.

El Gobierno de Ecatepec actualmente gobernado por el presidente municipal Indalecio Ríos Velázquez promueve un lugar en el que las mujeres y niñas puedan vivir con libertad, integridad y seguridad para dignificar y empoderar a las mujeres, y así puedan ejercer libremente sus derechos humanos. Esto a través de estrategias de mejoramiento ambiental para fortalecer la seguridad a los habitantes de colonias declaradas en mayor riesgo y con alerta de género, entre algunas acciones cabe mencionar el programa de iluminación y mejoramiento ambiental, pintando fachadas y colocando iluminación en lugares estratégicos, como parte de este programa de mejoramiento de la comunidad que beneficie a los Ecatepecenses, pero sobre todo impacte de manera significativa como parte de los programas

creados en la atención a uno de los principales grupos vulnerables y como objetivos principales de gobierno es erradicar la violencia contra las mujeres.

Esta atención especializada es brindada por el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto de la Mujer, Procuraduría del Menor y la Unidad Especializada en Atención a Víctimas de Violencia Familiar y de Género, donde el personal que labora en estas instituciones está capacitado para impartir conferencias sobre temas como violencia en el noviazgo, violencia intrafamiliar, trata de personas, embarazo a temprana edad y agresiones sexuales, entre otros temas, así mismo ante cada caso de violencia contra la mujer está indicado seguir estrictamente el protocolo de auxilio que consiste en la salvaguarda de la víctima, la detención del agresor, la presentación ante el Ministerio Público correspondiente y la canalización de la mujer a las instancias de salud y jurídicas correspondientes.

Las colonias denominadas con un índice mayor presentado en cuanto a violencia hacia la mujer dentro de este municipio son: Santa María Tultpetlac, Granjas Valle de Guadalupe, Luis Donaldo Colosio y la zona de Xalostoc, que comprende El Cardonal, Rústica, San José y San Pedro. De acuerdo a los datos emitidos por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI uno de cada tres hogares en Ecatepec tiene como cabeza de familia a la mujer, de aquí la vulneración hacia ellas y el impacto que repercute en la sociedad.

Para solicitar el apoyo en caso de agresiones hacia este sector, la ciudadanía puede llamar a los teléfonos:

- 5770 3128 de la Unidad Especializada en Atención a Víctimas de Violencia Familiar y de Género.
- 5770 6960 del Instituto de la Mujer
- consultar la página de Facebook Alerta de Género Ecatepec
- 01800 1084053, Línea sin Violencia del Gobierno del Estado de México.
- 5770-6960 Instituto de la Mujer
- 5116-7428 hasta el 31, Centro de Mando
- 5898-8150, Sistema Municipal de Desarrollo Integral para la Familia (DIF)

- 1039-9277, Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia Ecatepec
- 51155555, Línea de Atención Psicológica, exclusiva para la Orientación Psicológica de Emergencia.

También es reforzada la atención a emergencias con la nueva línea de atención telefónica al número 911 en el Estado de México, el centro de mando y comunicación Ecatepec, en la página web del Municipio de Ecatepec, existe un apartado llamado “para ellas” donde se encuentra información precisa referente a números y programas de atención a la violencia (antes mencionados), refuerza el programa de búsqueda de personas ausentes, desaparecidas o extraviadas.

4.5 Servicios de Salud

Las acciones realizadas en beneficio de la sociedad en general, tienen como objetivo principal proteger, promover y restaurar la salud de las personas y la colectividad, para generar un ambiente sano, en el municipio se encuentra una proporción de 725 habitantes por cada médico, esto muestra el panorama tan desprotegido en cuanto a este servicio, y a pesar de tener el objetivo claro la proporción de atención médica no alcanza a cubrir las necesidades de la población en general.

Tabla 20 Recursos Materiales y Humanos de Servicios de Salud en el Municipio de Ecatepec Estado de México

	Infra Estructura		Recursos			
	Unidades	Médicas	Camas censables	828	Humanos ⁷⁹ Personal Médico	Enfermeras
	75				316	2 3 347
ISEM	56		282		833	1 408
DIF	3			2	31	38
IMSS	9		478		981	1561
ISSSTE	3				79	68
ISEMyM	4		76		392	272

Fuente: Secretaría de Salud México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2011). Informe sobre Salud Mental en México.

⁷⁹ No incluye odontólogos

Estas instituciones ofrecen servicios a los derechohabientes que se encuentran adscritos al programa de seguro popular el cual ofrece servicios médicos al resto de la población.

Tabla 20 Unidades De Consulta Externa Especializadas En Prevención Contra Las Adicciones (Secretaría de Salud del Estado de México, 2017), Centros de Salud, donde se ofrece consulta médica general en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs.

Unidad de consulta externa	Consultorios	Médicos familiares	Psicólogos	Trabajador Social
20 Centros de Salud Comunitarios	114	123	0	
CAPA ⁸⁰	10 medicina Fam.	17	30	5
Centros nueva vida	14 Psicología			
Atención preventiva contra las adicciones				
*Clínica de Maternidad Ecatepec	2 Médicos 6 planificación Familiar	9 Med. Grales.	1	0
24 Unidades Móviles	24 Medicina Familiar	24 Médicos Generales	0	0
Hospital General de Zona, José María Rodríguez	1 Medicina Familiar 1 Cirugía Gral. 2 Ginecobstetras	25 Médicos Generales 25 Cirujanos	2 Psiquiatras	7
Hospital General de Zona, Las Américas ⁸¹	1 Valoración de Tocología y Tococirugía. 1 Med. Interna 1 Oftalmología 1 Ortopedia 1 Pediatría 1 Urgencias 1 Dermatología 1 Nutrición	26 Anestesiólogos 11 Ortopedistas 26 Pediatras 22 Internistas	1 Psiquiatra	

Fuente: Página Secretaría de Salud del Estado de México, Hospitales y centros de Salud.

4.6. Servicios de Salud Mental

Con base a lo expuesto en el Plan Estatal y Municipal de desarrollo se han implementado programas de atención que se ofrecen a la población considerada como vulnerable, también el

⁸⁰ Centro de Atención Primaria en Adicciones

⁸¹ La Página del Instituto Estatal e Salud hasta esta fecha (9 abril de 2017), no cuenta con información de este Hospital. Recuperado de http://salud.edomex.gob.mx/html/umedicasvista3i.htm?cve_clues=MCSSA010280&munpio=

municipio cuenta con dos Centros de Atención Psicológica CAPE especializados en la prevención y atención de la Salud Mental, a continuación enlistaremos el tipo de atención y los sitios a dónde acudir en el municipio de Ecatepec⁸². La atención hospitalaria de la localidad cuenta con un especialista en cada hospital en psiquiatría y la consulta es mínima o canalizada a instituciones del Estado de México o de la CDMX, según sea el caso.

Atención Psicológica

En el municipio de Ecatepec los servicios con relación a la salud mental, son fundamentalmente proporcionados por el sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) otorgando más de mil 300 consultas mensualmente a bajo costo a niños, adolescentes, adultos, parejas y personas de la tercera edad, a través del Centro de Atención Psicológica (CAPE), donde especialistas ofrecen tratamiento y rehabilitación en Salud Mental, con el objetivo principal de prevenir y/o atender padecimientos como problemas de conducta en los jóvenes, baja auto estima y conflictos conyugales en la población adulta. Este organismo cuenta con dos centros de atención ubicados en avenida Homex s/n esquina con Sur 9 colonia Hogares Mexicanos y en calle Acebo, esquina Pino, colonia Prizo II. Informes 5770 6054 horarios de atención de lunes a viernes de 9:00 a 18:00hrs⁸³.

Atención a Víctimas de Violencia

Mediante la coordinación de Prevención del Delito y la Unidad Especializada en Atención a Víctimas de Violencia Familiar y de Género, brinda atención a personas extraviadas, así como ayuda psicológica y jurídica a personas en situación de violencia de pareja, familiar y sexual.

Este servicio se ofrece ayuda a la ciudadanía de manera presencial en las oficinas ubicadas en el Edificio Anexo al Palacio Municipal, o vía telefónica al número 5770 31 28.

Línea sin Violencia

⁸² Todos estos programas se encuentran publicados en las páginas del Gobierno del Estado de México <http://www.edomexico.gob.mx/sa/ingreso/logon.htm> , y del portal del H. Ayuntamiento de Ecatepec de Morelos <http://ecatepec.gob.mx/>.

⁸³ <http://ecatepec.gob.mx/ofrece-dif-ecatepec-mil-300-consultas-psicologicas-al-mes-costo/> <http://ecatepec.gob.mx/ofrece-dif-ecatepec-mil-300-consultas-psicologicas-al-mes-costo/>

Este servicio es proporcionado por el Gobierno del Estado de México, dirigido a mujeres y sus hijos que viven en situación de violencia familiar, de pareja o sexual, proporcionando intervención en momentos de crisis, atención psicoterapéutica especializada y asesoría jurídica, opera las 24 horas, los 365 días del año con atención gratuita, confidencial y de fácil acceso, número 01800 10 84 053

Alerta de Género en el Municipio de Ecatepec de Morelos

Como Municipio del Estado de México, de Ecatepec de Morelos cuenta con la unidad Especializada en Atención a Víctimas de Violencia Familiar y de Género, en la cual se han atendido 482 denuncias por probables agresiones contra mujeres, de octubre de 2016 a febrero de 2017, comprobando que en 146 casos se consumó un tipo de maltrato, mientras el resto se trató de riñas o conflictos vecinales. El presidente Municipal Indalecio Velázquez, informó que esta tendencia representa una disminución de 20 %. De enero a Septiembre de 2016 se atendieron más de 120 llamadas de auxilio al mes, mientras que en los cinco meses posteriores se recibieron 96, esto quiere decir que la cultura de la prevención del maltrato ha fructificado.

Estos reportes fueron principalmente recibidos de las colonias Santa María Tultpetlac, Granjas Valle de Guadalupe, Luis Donald Colosio y la Zona de Xalostoc, que comprende: El Cardonal, Rústica, San José y San Pedro. El personal encargado de la prevención y atención de la alerta de género está capacitado para impartir conferencias sobre temas como:

- Violencia en el noviazgo
- Violencia intrafamiliar
- Trata de personas
- Embarazo a temprana edad
- Agresiones sexuales

Estos programas se imparten en el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto de la Mujer, Procuraduría del Menor y la unidad Especializada en Atención a Víctimas de Violencia Familiar y de Género, para solicitar estos servicios especializados es

necesario llamar al de Centro de Mando 5116 7428 al 32, a la Unidad Especializada en Atención a Víctimas de Violencia Familiar y de Género teléfono 5770 6960 del Instituto de la Mujer, a la página de Facebook Alerta de Género Ecatepec y a la Línea sin Violencia del Género del Estado de México teléfonos 01800 1084053 (Municipio de Ecatepec de Morelos , 2017).

El Gobierno del Estado de México se ha comprometido de llevar todas las acciones necesarias para prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, elaborando protocolos de actuación relacionado con la intervención inmediata por parte de autoridades en actos de violencia contra mujeres, además de brindar capacitación al personal de las instituciones en materias de:

Seguridad

Identificando y difundiendo las zonas consideradas de riesgo, realizando la búsqueda inmediata de mujeres y niñas desaparecidas, en las primeras 24 horas, se ha incrementado el número de patrullajes, recuperación y alumbrado de espacios públicos, realizando mayor supervisión al transporte público, otorgamiento y seguimiento de órdenes de protección en casos de violencia familiar, difusión de los alcances de la Alerta de Género contra las Mujeres, con información accesible a la población.

Procuración de Justicia en Casos De Alerta De Género

Es creado un grupo de especialistas al interior de la PGJEM con perspectiva de género para la revisión de expedientes de feminicidio y homicidios dolosos de mujeres, también se ha integrado una Unidad de Contexto para la investigación de los delitos de género, se tiene como objetivo principal la investigación y resolución de casos vinculados a la violencia de género con la debida diligencia y exhaustividad, así como acceso a la justicia y reparación del daño, se da prioridad a la difusión de fotografías de mujeres y niñas desaparecidas y sobre las actividades de la Alerta Amber, se publican los números telefónicos de servicios de emergencia para la atención de mujeres y niñas víctimas de género, se han implementado también mecanismos de supervisión y sanción a servidores públicos que actúen en violación al orden

jurídico, así mismo se promueve una agenda legislativa encaminada a reformar, derogar o abrogar la legislación discriminatoria (Municipio de Ecatepec de Morelos , 2017).

En cuanto a medidas preventivas se han tomado las siguientes estrategias:

Se ha elaborado un programa de cultura Institucional para la Igualdad y una Guía de Ejecución para los servidores públicos del Estado de México, se crean unidades de Género que operen en todas las instituciones del gobierno para promover la igualdad entre hombres y mujeres, la integración y actualización adecuada del Banco Estatal de Datos del Estado de México sobre casos de Violencia contra las Mujeres, se implementa un programa de capacitación, sensibilización, formación y profesionalización en derechos humanos de las mujeres para servidores públicos, además existe un programa de talleres en materia de violencia de género y sexualidad dirigido a adolescentes de secundaria y preparatoria en centros educativos públicos y privados, se capacita con herramientas teóricas y prácticas al personal de los centros educativos públicos y privados, para la detección oportuna de niñas y jóvenes que se encuentren en situación de violencia.

Centro de Atención Psicológica (CAPE), brinda atención psicológica y pedagógica de forma preventiva y de intervención referente a los trastornos emocionales y afectivos mediante la siguiente modalidad de atención:

- Terapia individual
- Terapia de pareja
- Valoraciones psicológicas

CAPE 1

Ubicación: Boulevard Homex, Esq. Sur 9, colonia Hogares Mexicanos, Teléfono 5116 5555, horario de atención de lunes a viernes de 7 a 19:00 horas y sábado de 7 a 14:00 horas.

CAPE 2 PRIZO

Ubicación: calle Acevo esquina pino s/n, colonia Prizo 2, Teléfono, horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas.

4.6.1 La Calidad de Vida Relacionada con la Salud Mental y la LIX Legislatura.

A continuación ha de revisarse la LIX Legislatura donde señala las características que presenta una comunidad vulnerable, su relación con la calidad de vida y la salud mental de los pobladores.

Se entiende como calidad de vida al estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Este concepto posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud subjetivamente percibida (Ardila, 2003).

Un aspecto relevante es la evaluación de los factores psicológicos, que se han convertido en una característica clave de las medidas de la calidad de vida; entre estos componentes, la salud es uno de los principales, ya que de forma directa se relaciona con las actividades cotidianas que realiza el ser humano y éstas dependen del estado de salud, así bien de forma indirecta también se relaciona debido a que afecta a otros aspectos presentes en la calidad de vida de las personas como son las relaciones sociales, el ocio y la autonomía.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (Teva, 2004), involucra el funcionamiento y los síntomas físicos, psicológicos y los aspectos sociales, éste es un concepto multidimensional que debe incluir los siguientes aspectos:

- El funcionamiento físico, que incluye el cuidado personal, el desempeño de actividades físicas y de roles;
- Los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento;

- Los factores psicológicos, que aglutinen desde el estado emocional- por ejemplo, la ansiedad y la depresión- hasta el funcionamiento cognoscitivo, y
- Los aspectos sociales, es decir, las relaciones sociales de la persona con los demás.

Es así como podemos relacionar estos factores que benefician e influyen de manera importante en la salud mental de los individuos propuestos por la OMS, reconocido en la LIX legislatura y la realidad que viven los habitantes del municipio de Ecatepec.

4.6.2 Factores de Riesgo Relacionados con la Vulnerabilidad de la Comunidad como Causa De Los Trastornos Mentales.

El riesgo es definido como un peligro eventual más o menos previsible, que vuelve a la persona afectada vulnerable respecto a la salud, tomando las bases de atención del modelo médico se entiende que “un problema puede ser resuelto si uno elimina los factores de riesgo específicos que están en su origen”, por tanto, la complejidad que vive la comunidad tiene como salida de recuperación la modificación de cada uno de los aspectos que contribuyen al deterioro del tejido social, impactando en su salud mental y ésta a su vez también forma parte del problema de la sociedad.

Se sabe que los determinantes a las condiciones que favorecen o no la incesante negociación entre el individuo y el medio ambiente, en consecuencia revisaremos nuevamente los datos reportados por la LIX legislatura, donde señala algunos factores sociales que sitúan a una comunidad en riesgo, algunos de los cuales serán analizados específicamente en el Municipio de Ecatepec de Morelos en el Estado de México.

Actualmente se reconoce la necesidad de que todos los miembros de la familia integren el mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los mismos niños, así como la migración internacional, aun cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan los riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre, además de crear un ambiente poco propicio para la

comunicación y supervisión de todos los miembros de la familia, provocando estrés adicional que puede llevar a la depresión y ansiedad⁸⁴

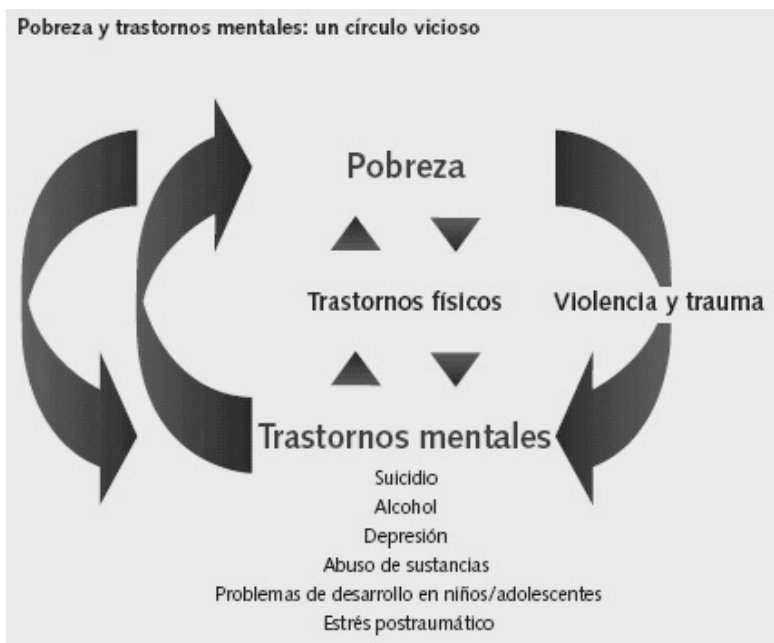
- Pobreza. Tanto la pobreza como los problemas de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercuten directamente en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Este es un problema complejo, en el que la dimensión de la carencia, la privación o la marginalidad son los rasgos que habitualmente se destacan.

En encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, a ambientes caóticos, asimismo estrés psicológico y bajo control en la familias. Hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos aspectos se encuentran encerrados en un círculo vicioso.

En tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argumentar que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la sub-nutrición han sido reconocidos como factores asociados con los “trastornos mentales comunes”. Existe, según la OMS, evidencia científica que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población. La pobreza como la señala la Organización Mundial de la Salud puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales, y viceversa (OMS, 2004).

⁸⁴ Medina Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo “La salud mental en México. Retos y perspectivas”. Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP). <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>. Consultado el 07/02/05. Ma. Elena Medina-Mora, Directora de Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), y el Dr. Jorge Villatoro, investigador de tiempo completo del INP. El trabajo original presenta la situación actual de la salud mental en la población mexicana, incluyendo datos sobre adicciones y violencia, de acuerdo con la información obtenida de encuestas y otros estudios, en el contexto de la transición social y demográfica que influye en la calidad de vida de la población, asimismo, define los requerimientos de información y propone algunas recomendaciones para establecer políticas de atención.

Figura 12 Pobreza y los trastornos mentales



Fuente: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. LIX Legislatura, (2005)

- Trabajo (Personas desempleadas) tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo. Inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo⁸⁵.
- Educación (Bajo nivel educacional). Varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes” y el bajo nivel educacional (Vikram, 2003). Más aún, un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza⁸⁶.
- Violencia y trauma. En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso

⁸⁵ Organización Mundial de la Salud, (2004) *Invertir en Salud Mental*, Consultado el 08 de noviembre de 2015, Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

⁸⁶ *Ibidem*

son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.

- Mujeres trabajadoras (Programa de Acción de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA). Las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido al cambio de los roles en el hogar y a una doble carga para las mujeres, en la que además de cumplir con las labores del hogar, aportan una mayor contribución económica, esto ha provocado un incremento en su intervención en las decisiones familiares, se ha traducido en un fuerte aumento en las tensiones, lo que ha incrementado de manera considerable la incidencia de las problemáticas mentales en este grupo. Un ejemplo de esta situación es la depresión en la mujer. Asimismo, la mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres, así como de aquellos que ingresan de manera temprana al mercado informal de trabajo⁸⁷.
- Niños y niñas en situación de calle. El niño de la calle es todo menor que depende o está en condiciones de depender de su propia actividad en la calle para sobrevivir; de igual modo existen menores que trabajan en la calle para contribuir al ingreso familiar, llamados también niños en la calle. Con su inclusión en el mercado laboral, los niños y jóvenes de hogares más desfavorecidos se encuentran en condiciones de enorme desventaja, pues trabajar para contribuir al ingreso familiar les impide asistir a la escuela; esta falta de preparación se convierte en un obstáculo para superar, en el futuro, sus precarias condiciones de vida. Asimismo, se ha detectado que un gran número de estos menores es miembro de familia desintegradas y disfuncionales, lo que las convierte en expulsoras de estos niños y posibilitan que el problema se mantenga. Estos niños y jóvenes viven continuamente expuestos al uso de drogas, a la violencia social, al abuso sexual, a la prostitución, a la explotación y a las enfermedades transmitidas por vía sexual; entre las secuelas que esta situación deja en los menores se encuentran el retraimiento emocional, la ansiedad, la depresión y los problemas para relacionarse⁸⁸.

⁸⁷ Íbidem

⁸⁸ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit. Pág. 38

- Personas con discapacidad. Las personas con discapacidad son aquellas que por razones físicas, psicológicas y sociales requieren de mayor apoyo para interactuar con su medio y desarrollar sus potencialidades. En México la discapacidad se asocia con otro factor de vulnerabilidad que es la pobreza. Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves, todos ellos estresores emocionales importantes⁸⁹
- Menores farmacodependientes. El consumo de drogas en México se ha extendido a casi todos los grupos sociales; se le considera un problema de salud pública, además de que se le relaciona con acciones delictivas y violentas. Su tendencia ascendente es preocupante. La relación de la fármaco-dependencia con otros fenómenos sociales no solo es muy estrecha por las implicaciones legales, laborales culturales e incluso políticas si no que, además, representa un factor condicionante importante para el desarrollo de enfermedades mentales. La relación con la familia de origen es especialmente importante para explicar las variaciones en los índices del consumo de drogas.
- Madres adolescentes. La maternidad y paternidad adolescentes son fenómenos de actualidad que cuentan cada vez con mayor atención por parte de las políticas públicas en México. Son innumerables los factores involucrados en el embarazo en la adolescencia: falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, reproducción de patrones culturales, falta de oportunidades de desarrollo para los jóvenes y la presencia de problemas mentales como el trastorno por déficit de atención, entre otras. Las mujeres que inician la maternidad en esta etapa de su vida ven reducidas las posibilidades de permanecer en el sistema educativo o de incorporarse al mercado de trabajo. La mayoría de las madres adolescentes tiene que abandonar sus estudios, sea por cuestiones personales, presiones familiares o por discriminación escolar. Enfrentan situaciones de conflicto, que le significa cambios fundamentales en su condición y las exponen a experiencias de vida

⁸⁹ *Ibidem*, pág. 39

con soledad, dolor emocional, intolerancia y tensiones emocionales fuertes que las afectan tanto a ellas como a sus hijos⁹⁰.

- **Adultos en plenitud.** La demanda de los servicios de salud por parte de la población mayor de 64 años represente uno de los principales retos para los mismos, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. Los padecimientos que se vinculan con los adultos mayores son principalmente las enfermedades degenerativas como las demencias, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus, y otras.³⁶ Alrededor de 45% de los mayores de 65 años no tienen acceso a los beneficios de la seguridad social, lo que es particularmente grave en el caso de las mujeres y las personas mayores del medio rural. Las pérdidas que paulatinamente tiene el adulto mayor, de su empleo, de sus seres queridos, del grupo de amigos, de la pareja, de sus bienes, de sus capacidades y de su salud, va generando en ellos un estado de ánimo depresivo y de aislamiento⁹¹.
- **Población migrante.** México, se ha convertido en un expulsor de población económicamente activa, que en busca de opciones de sobrevivencia sale del país exponiéndose a los riesgos y tensiones que implica el cambio de residencia, la adaptación a una cultura diferente, la discriminación étnica, la incertidumbre económica y la preocupación por el abandono de la familia. Esta población al llegar a otro país con una cultura diferente se enfrenta a situaciones de estrés importante para lograr su adaptación a la barrera del idioma, la discriminación, la pérdida de su identidad, sentimientos de auto devaluación y de inadecuación, miedo, conductas persecutorias que los llevan a estar en constante estado de alerta, desconocimiento de las leyes, que con frecuencia los colocan en situaciones de arresto y cárcel. Estas tensiones, son desahogadas a través del consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias a las que tienen acceso, así como por caer en conductas de riesgo sexual⁹².

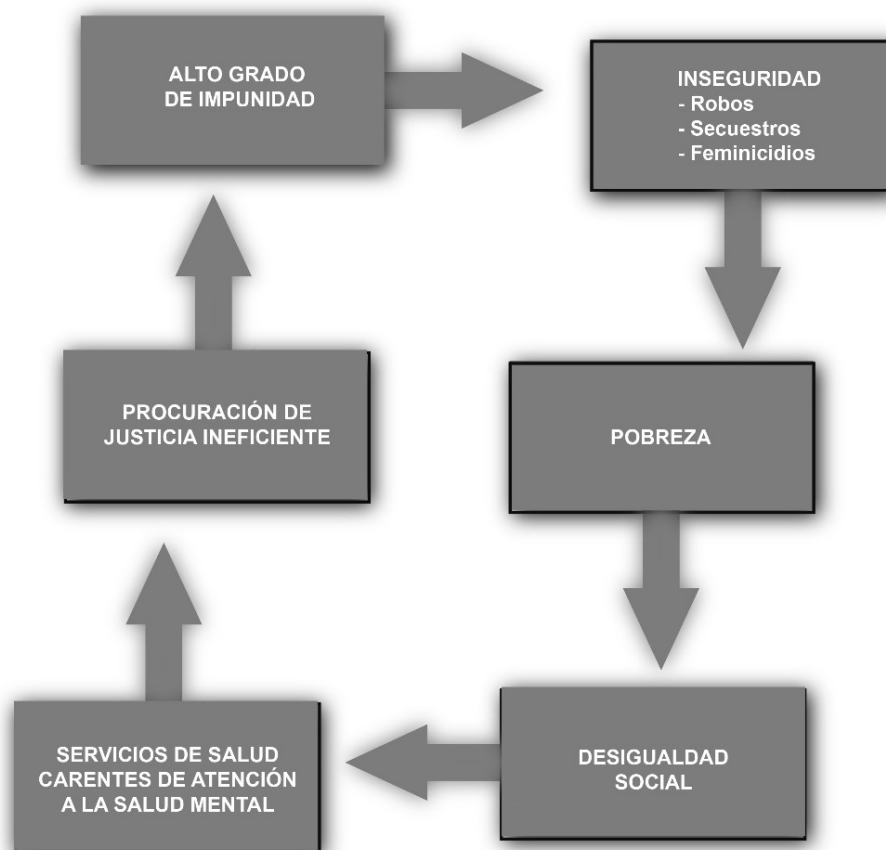
⁹⁰ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit. Pág. 39 y 40

⁹¹ *Íbidem*. Pág. 40

⁹² *Íbidem*.

Antelo expuesto por la XII legislatura, se reconoce que la impartición de justicia deficiente y el alto grado de impunidad también son factores sociales importantes a tomarse en cuenta, pues éstos, colaboran en la vulnerabilidad que vive el municipio y el Estado de México.

Figura 12 Relación de factores relacionados con la vulnerabilidad del municipio de Ecatepec de Morelos.



Fuente: Autoría propia, tomada de información publicada en: Secretaría de Salud México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2011), Informe sobre Salud Mental en México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. LIX Legislatura, (2005). La Salud Mental en México.

De esta forma es como pueden estar relacionados los factores que han vulnerado al Municipio. Con base en lo expuesto, la OMS señala que en ausencia de inversiones bien dirigidas y estructuradas en salud mental el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo de una comunidad.

Se han incrementado los trastornos psiquiátricos tales como demencia, esquizofrenia, depresión, así como otras formas de enfermedad mental. Esta tendencia es resultado de las transiciones demográficas, sociales y económicas, que ha vivido México en las últimas décadas, las que provocan que nuestro país llegue al tercer milenio con un incremento en los números absolutos de jóvenes, quienes tienen pocas oportunidades de educación y empleo; con una mayor proporción de personas de la tercera edad, debido al incremento en la expectativa de vida, lo que representa mayores requerimientos de servicios de salud; además de la crisis económica constante que ha generado cambios sociales importantes⁹³.

En la asamblea de 2001 realizada por la OMS, es cuando se declara el Día Mundial de la Salud Mental, y se reconoce que “La salud mental abandonada por largo tiempo, es un objetivo a atender puntualmente según lo dictado en las asambleas internacionales y retomado en las nacionales y locales, para lograr el bienestar de los individuos, sociedades y países, y debe ser vista desde una nueva perspectiva”. Es así como se contrasta esta propuesta del Organismo rector más importante a nivel mundial de la Salud y la realidad que vive México como país, el Estado de México como entidad y el Municipio de Ecatepec como sociedad altamente abandonada y en riesgo de colapso con una afección en sus habitantes verdaderamente importante en cuanto a salud mental y su calidad de vida.

⁹³ Medina Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México. Op cit

DISCUSION Y CONCLUSIONES

DISCUSION

De acuerdo a la investigación realizada, se observa que la atención a la Salud Mental en el municipio de Ecatepec es insuficiente y con recursos limitados, al revisar los indicadores sociales que se presentan en la comunidad, se sabe que, los índices de salud, pobreza y educación, entre otros, son parte esencial de la vulnerabilidad en la que se encuentran los habitantes. Resulta importante reconocer que la impartición de justicia y la impunidad con que se manejan los hechos delictivos en todas sus expresiones, complementan ésta desoladora realidad, sin embargo; para las autoridades y Gobierno del Estado se vive un ambiente de progreso y bonanza, contradictoriamente a esto; Ecatepec de Morelos se encuentra en la mira internacional, de tal modo, que hasta un jerarca de la iglesia católica voltea su mirada y trae sus condolencias y esperanzas , quizá porque solo un milagro podría cambiar la situación social en la que se vive.

CONCLUSIONES

Reconociendo también este complejo entramado, se puede observar que los factores de riesgo arriba mencionados participan de forma colateral con la alta necesidad de atención en servicios de salud, especialmente de salud mental, con una población tan densa y compleja, resultan insuficientes los servicios. La atención psiquiátrica en el sector privado es escasa y pocas veces alcanzable económicamente, es en el área preventiva donde a nivel privado puede el Psicólogo aportar su experiencia y conocimientos, de forma institucional, también podría ser incluido como personal indispensable para la atención preventiva y no sólo en el área de tratamiento, como lo está en la mayoría de las instituciones de salud.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud mental como “El estado de bienestar en el cual, el individuo, es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y, es capaz de

hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013), también este mismo organismo reconoce que Los trastornos mentales a menudo se asocian a enfermedades no transmisibles, y coexisten con otros factores medico sociales, como la pobreza, el abuso de sustancias, el de alcohol, y en el caso de las mujeres y los niños, de una mayor exposición a la violencia y malos tratos en el hogar.

Se hizo un recorrido en los datos estadísticos del municipio, y con fundamento en las declaraciones de la OMS, se consigue deducir que estos factores de riesgo en los que se encuentra inmersa la comunidad pueden influir de forma significativa en las problemáticas relacionadas con los trastornos mentales, siendo éstos una alta carga de morbilidad que se registran en la población, como son: la depresión, el trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastorno de estrés pos traumático, ansiedad, trastorno por abuso de sustancias y trastornos conductuales y del desarrollo, que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia, luego entonces; la vulnerabilidad en la que se encuentra la población obedece en gran medida a la conjunción: población vulnerable – servicios de salud limitados.

En cuanto a políticas públicas referentes a los servicios de salud, específicamente Salud Mental se sabe que existen dos instancias nacionales que cumplen con diversas funciones: el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP). El CONSAME se encarga de proponer el contenido de la política y las estrategias nacionales en materia de atención, prevención, y rehabilitación de los trastornos mentales. Planea, supervisa y evalúa los servicios de salud mental; participa en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas; impone sanciones y aplica medidas de seguridad en la esfera de su competencia. Este Consejo tiene representación en la mayoría de las entidades federativas.

El SAP coordina los programas de prestación de servicios de atención médica especializada en salud mental en las unidades operativas de su adscripción; establece mecanismos de vinculación con las instituciones de seguridad social y del sector salud para la atención de los trastornos mentales; participa en la elaboración de normas oficiales mexicanas así como en la formulación de instrumentos normativos en materia de servicios de atención psiquiátrica, sin

embargo; ante los resultados encontrados, podemos decir que se ha escrito y legislado mucho pero se encuentran resultados muy limitados, la gran desproporción que existe entre la densa población y los servicios públicos y privados en materia de Salud Mental que se ofrecen en el Estado de México en lo general y particularmente en el Municipio de Ecatepec se reduce a tres Hospitales Psiquiátricos y dos Centros de Atención a la Salud Mental CAPE, un Centro de Atención a Víctimas donde la atención se ofrece en las oficinas del Palacio Municipal, y a través de la línea sin violencia.

Por otro lado, se reconoce que los servicios de atención que se ofrecen son limitados y también que los indicadores que presenta la población en cuanto a escolaridad y pobreza, pueden determinar que la solicitud de atención en cuanto a problemas relacionados con la Salud Mental sea mínima, por desconocimiento del problema per se y por otro lado por la falta de servicios suficientes.

En el estado de México no existe una base de datos fehaciente que contenga información precisa referente a Salud Mental, sin embargo, tras la minuciosa búsqueda en diferentes medios de información encontramos que en México se contabilizó un total de 3,823 psiquiatras para una población total de 115 millones de habitantes (Chapa, Heinze, Santistebàn y Vargas, 2012), a lo cual la Secretaría de Salud confirma que en el país existen aproximadamente tres psiquiatras por cada 100 000 habitantes, y 225 cuentan con sub especialidad de Paidó psiquiatría. El 56% de estos especialistas se encuentran concentrados en la Ciudad de México, tomando en cuenta que sólo el 0.85% del presupuesto del gobierno es destinado para atender a la salud mental, cuando la OMS recomienda que sea el 10 por ciento.

Resulta significativo reconocer adicionalmente a lo anterior, que a nivel nacional se carece de un programa específico en salud mental para la atención a la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención temprana de los trastornos mentales propios de esta etapa; tampoco existe un programa destinado a los problemas mentales de los adultos mayores, consecuentemente, esta carencia impacta de forma significativa al Estado de México que cuenta con un 29% de población entre los 0 a 14 años y el 8% de adultos mayores (Consejo Estatal de Población,

2015), de lo que se concluye que aproximadamente un 40% de la población se encuentra sin programas específicos de atención en cuanto a Salud mental.

Al revisar los datos correspondientes a los servicios de Salud en el Estado de México, se encuentra, que sólo se cuenta con datos de profesionales adscritos a las únicas tres instituciones psiquiátricas existentes, siendo: 36 psiquiatras, 46 médicos generales, 367 enfermeras, 42 psicólogos y 33 trabajadores sociales, en cuanto a los profesionales que laboran de forma particular en esta área, la información publicada es imprecisa.

Hablando de Psicólogos a nivel nacional se sabe que existen aproximadamente 12 psicólogos por cada 100 mil habitantes, 3 823 psiquiatras en México, contando 225 con sub especialidad en Paidopsiquiatría, quedando una proporción de 3.47 especialistas por cada 100 mil habitantes y de .69 Paidopsiquiatras por cada 100 habitantes, tomando en cuenta que la OMS señala que en los países de bajos recursos hay un psiquiatra por cada en salud mental por cada 100 mil habitantes, en los de altos recursos o primer mundo hay aproximadamente 10 por cada cien mil habitantes, concluimos que pese a que se cumple con la cifra que dicta la OMS es imposible pensar que ésta cantidad cubra las necesidades de una población tan susceptible como la del Estado de México.

Es importante reconocer que la información que existe en el sistema de Salud del Estado de México es poco asequible, pues existe una brecha significativa entre la Secretaría de Salud y DIF del Estado de México (DIFEM) ya que éste último es un organismo descentralizado del gobierno estatal, y cada uno maneja diferentes fuentes de información poco claras y organizadas. Al inicio de este trabajo de investigación, se expuso claramente como las primeras atenciones que se ofrecían a la población vulnerable fue a través de la beneficencia y la buena voluntad de quienes podían hacerlo, después de casi cien años de progreso, aún pareciera que el DIFEM se encuentra actuando como organismo autónomo, con sus propios programas lejos de vincularse con la Secretaría de Salud y trabajar con un objetivo común: la atención apropiada a la Salud Mental.

A partir de esta realidad como una iniciativa de la Secretaría de Salud del gobierno del Estado de México, a través del Centro Estatal Epidemiológico y Control de Enfermedades (CEVECE) se activa la integración de un Observatorio de Salud Mental, ante la imperiosa necesidad de contar con un sistema de información y análisis en torno a la medición y evaluación de los fenómenos, condiciones y vías de solución de los problemas y retos de la salud mental de los mexiquenses, éste estará conformado por un grupo nuclear de trabajo derivado de la Mesa de Salud Mental del Consejo de Salud del Estado de México, que a su vez, está conformada por miembros de las diferentes Instituciones de Salud del Sector, además de diversos aliados públicos y privados, que se definen como redes de expertos, es pues en éste momento, donde los Psicólogos podemos ser parte de esta extensa red de servicios, siendo labor propia buscar integrarnos de manera particular o institucional a este proyecto.

Los esfuerzos gubernamentales resultan insuficientes para cubrir a la extensa población necesitada, por un lado en la página oficial del Gobierno del Estado de México y en el DIFEM se ofrecen una serie programas de servicios, tales como: atención a la violencia contra la mujer, atención a la violencia de género, atención y prevención de las conductas adictivas, talleres preventivos contra la depresión, entre otros, sin embargo, resulta difícil que un segmento de importante de pobladores que viven en la comunidad puedan acceder a estos programas por las siguientes razones:

- Falta de conocimiento en el uso de la tecnología para poder consultar información referente atención a la problemática que viven las familias como adicciones, violencia en la familia, violencia de género, embarazos a edad temprana, etc., y poder acceder a las instancias necesarias para solicitar y recibir ayuda.
- Falta de recursos electrónicos particulares, uso de internet, computadora personal.
- Falta de información de los servicios que se brindan a la población en lugares y medios estratégicos considerados de alto riesgo social.
- Centros de atención a la salud mental insuficientes, para una población altamente vulnerada y poco atendida

- Los talleres preventivos y la atención especializada se encuentra focalizada principalmente en el municipio de Toluca, por lo que la cobertura es muy limitada por distancia de los demás municipios.

Ante este panorama, es pues tarea de los profesionales de la salud mental, médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales. y de instituciones privadas y asociaciones civiles, voltear la mirada hacia este municipio tan carente de servicios y lleno de problemáticas, salir hacia la comunidad, contribuir con ésta, ofreciendo servicios a los más necesitados de manera pronta y expedita al alcance de la población vulnerable, a costos accesibles.

Para los profesionales de la Psicología será necesario cambiar la estrategia de atención, no concebir de manera limitada la atención individual en un consultorio, es necesario salir a la comunidad, promover la prevención de enfermedades mentales a través de pláticas Psico educativas apegadas a la realidad que se vive, han de tomarse en cuenta los factores de riesgo y condicionantes que ponen en peligro la salud mental para así de forma adecuada poder seleccionar temas específicos como; promoción de estilos de vida saludable, manejo del estrés, prevención de la violencia en todas sus manifestaciones, causas y manejo de la depresión, prevención de las conductas adictivas, el manejo de la tecnología en los menores, estilos de crianza positivos, comunicación hacia el núcleo familiar, la sana convivencia escolar, adolescencia y embarazos tempranos, y un largo número de temáticas más, con la finalidad de promover un cambio en las personas, y éste pueda promover a su vez una reestructura en el núcleo familiar, para así, consecuentemente impactar en los ámbitos escolar y social.

Se reconoce que el Psicólogo por más ánimo y buena voluntad que tenga de hacer algo por una comunidad vulnerada y altamente necesitada de atención, resulta casi imposible hacerlo por propia iniciativa, dadas las características de la comunidad, también éste requiere de protección, pues él por sí mismo tendría que enfrentarse a problemáticas altamente comprometedoras y que probablemente pongan en riesgo su integridad, pudiera usar como estrategia apegarse a instituciones educativas, religiosas, de servicios de salud, privadas u oficiales para poder trascender con esta labor profesional.

Así que, después de plantear como objetivo general de investigación, el análisis de los diferentes factores socio demográficos de la población del Municipio de Ecatepec y, el impacto que ejerce esta situación de vulnerabilidad en la Salud Mental de la población, inferimos que, los recursos tanto materiales como humanos, que puedan ofrecerse en el ámbito de la Psicología, tendrán que incluir en esta atención a la Psicología Comunitaria, siendo necesario, incorporar estrategias diferentes de abordaje y atención como; la orientación y atención familiar con perspectiva de género, a través de talleres y pláticas informativas encaminadas más a la prevención, tomando también en cuenta además de las instituciones de salud y asistencia social, instituciones educativas, religiosas, centros comunitarios, y el consultorio particular, con la finalidad de ampliar el alcance a la población.

Al revisar los indicadores sociales de pobreza, desigualdad social, educación, impartición de justicia, la violencia contra las mujeres y los servicios de Salud especialmente de Salud Mental, entendemos éstos como determinantes que hacen que la población sea considerada de alta vulnerabilidad.

El riesgo que corre una población en esta situación es que se disparen otros indicadores como la violencia, reconocida como causa y consecuencia de los inconvenientes que se viven en la comunidad, y la inseguridad generada por una impartición de justicia deficiente, estos factores y las indicadores sociales forman un círculo sin fin.

REFERENCIAS

Bibliografía

- Aguilar, L. V. (2016). El estudio de las Políticas Públicas. México, España: Antologías de Políticas Públicas.
- Carrillo, C. A. (1987). El ISSSTE: La salud y seguridad social para trabajadores al servicio del Estado. (B. J. Virtual, Ed.) Revista de la Administración Pública (69 - 70), 172 a 180
- Campuzano, R. A. (2010). Comisión Nacional del Centenario de la Independencia de México 1910. Secretaría de la Defensa Nacional, D.F.
- Evangelista, R. E. (2006). Historia del Trabajo Social en México. En R. E. Evangelista, Historia del Trabajo Social en México (pág. 176). México, D.F.: Plaza y Valdés Editores.
- Foucault, M. (1996), La Vida de los Hombres Infames (pág. 42). La Plata, Argentina: Caronte, ensayos.
- Gamboa, O. (1991). Mercado de fuerza de trabajo e industria textil, el Centro Oriental de México, durante el Porfiriato. Cuadernos Siglo XIX , 1, 17-25.
- Gerhard Heinze, G. d. (2012). Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. Salud Mental , 34 (3).
- Instituto de Estudios Legislativos. (2016). Perfil del Estado de México. Compilación Informativa . Toluca de Lerdo, Estado de México, México.
- Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística Catastral del Estado de México. (2016). Estadística básica Municipal, Eatepec de Morelos. Gobierno del Estado de México. Toluca centro: Gobierno del Estado de México.
- Moreno Cueto, E. M. (1982). Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México. México D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Ramírez Moreno, S. (1950). La Asistencia Psiquiátrica en México. Congreso Internacional de Psiquiatría Paris 1950 (pág. 5). México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Rivera Garza, C. (2010). La Castañeda, Narrativas Dolientes desde el Manicomio. TusQuest , 331.

Rivera-Tapia, J. A. (2003). La situación de la Salud Pública en México (1870-1960). Hospital General "Dr. Manuel Gea González" , 6 (1), 41-46.

Rodríguez de Romo, A. C. (1998). Historia de la Salud Pública en México: siglos XIX y XX. Historia. cienc. saude-Manguinhos [online]. , 5 (2), 293-310.

Sacristán, M. C. (1994). Locura y Disidencia en el México Ilustrado 1760 - 1810. Morelia, Michoacán, México: Instituto Mora.

Salud, S. d. (2006). Informe Nacional Sobre Violencia y Salud. Ciudad de México: SSA.

Villa, G. G. (2008). El Hospital del Divino Salvador para Mujeres Dementes. Boletín de Monumentos Históricos , 12, 151.

Cibergrafía

Alcántara, J. J. (19 de Noviembre de 2014). Instituto Nacional de las Revoluciones de México. Recuperado el 26 de Septiembre de 2015, de www.inerm.gob.mx: http://www.inehrm.gob.mx/es/inehrm/La_Dictadura_El_ultimo_Gobierno_de_Antonio_Lopez_de_Santa_Anna_pdf

Aguilar Astorga, C. &. (septiembre de 2009). ¿que son y para que sirven las Políticas Públicas? Recuperado el 2016, de [eumed.net](http://www.eumed.net) enciclopedia virtual: www.eumed.net/red/3css/05/aalf.htm

Aguilar, C. M. (30 de abril de 1998). Las Tres Generaciones de los Derechos Humanos. Recuperado el 27 de Marzo de 2016, de instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr20.pdf>

Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa. (2015). Anuario Estadístico y Geográfico. Recuperado el marzo de 2017, de INEGI: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/AEGPEF_2015/702825077297.pdf

Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: una definición Integradora. Recuperado el 2016, de [redalyc.org](http://www.redalyc.org): <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>

Avila, V. E. (2016). Plan de Desarrollo Estatal 2011 - 2017. Gobierno del Estado de México. Edo. de México: Edición del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de México (COPLADEM).

- Barrera, Juan Manuel, (02 de marzo de 2018), Tlalnepantla Municipio más Violento en el Edo. Mex., El Universal, recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/metropoli/edomex/tlalnepantla-el-municipio-mas-violento-del-edomex>
- Bedolla, P. (2013). Plan de Desarrollo Municipal 2013 - 2015, Ecatepec de Morelos. Ecatepec de Morelos: H. Ayuntamiento Cosntitucional de Ecatepec de Morelos. Recuperado de <http://www.ecatepec.gob.mx/transparencia/docs/PDM%20Ecatepec%202013%20-%202015.pdf>
- Bernal, G. B. (2012). México y las Leyes Liberales de Maximiliano de Hasburgo. Hechos y Derechos (11). Consultado de <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/6731/8667>
- Boletín, I. (16 de Octubre de 2011). Forjadores de la Ciencia en México - Miguel E. Bustamante. Recuperado el 20 de febrero de 2016, de Quimi net.com: <http://www.quiminet.com/articulos/forjadores-de-la-ciencia-en-mexico-miguel-e-bustamante-2600468.htm>
- Cámara de Diputados . (1 de junio de 2016). Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación , pág. 268. Recuperado de: <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Documents/Leyes/lgs.pdf>
- Campuzano, R. A. (2010). Comisión Nacional del Centenario de la Independencia de Mexico 1910. Secretaría de la Defensa Nacional, D.F. Recuperado el 10 de Enero de 2016, de http://www.sedena.gob.mx/archivos/bicentenario/com_bicentenario.pdf
- Carrillo, C. A. (1987). El ISSSTE: la salud y seguridad social para trabajadores al servicio del Estado. (B. J. Virtual, Ed.) Revista de la Administración Pública (69 - 70), 172 a 180.
- Centro de Estudios sobre Impunidad y Justicia. (febrero de 2016). Índice de Impunidad en México. San Andrés Cholula, Puebla, México. Recuperado de http://www.udlap.mx/igimex/assets/files/igimex2016_ESP.pdf
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. (2014). Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica. Recuperado el 2017, de Secretaría de Salud del Estado de México: http://salud.edomex.gob.mx/cevece/ent_desafios_salud_mental.html

- Comisión Coordinadora de institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. (2014). Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica. Ciudad de México.
- CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (Noviembre de 2014). INDICADORES de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al seguro popular. Distrito Federal, Méxicio.
- CONEVAL (2013). Informe de pobreza y evaluación 2012. Abril, 2015. Recuperado de http://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes%20de%20pobreza%20y%20evaluaci%C3%B3n%202010-2012_Documentos/Informe%20de%20pobreza%20y%20evaluaci%C3%B3n%202012_Estado%20de%20M%C3%A9xico.pdf
- Consejo Estatal de Población, Secretaría General de Gobierno. (2014). Información Sociodemográfica del Estado de México. Recuperado el 16 de julio de 2016, de ¿Cuántos Somos?, Variables Demográficas Básicas: http://coespo.edomex.gob.mx/indice_marginacion
- Coordinación de Difusión Cultural De la Universidad Nacional Autónoma de México. (marzo de 1996). Arts-History.com. Recuperado el 30 de agosto de 2015, de Antropología e Historia: http://www.artshistory.mx/sitios/index.php?id_sitio=9027&id_seccion=2045&id_subseccion=4501&id_documento=460
- Chapa, Gina del Carmen, Heinze Gerhard, Santisteban José Arturo y Vargas Ingrid, 2012, Los especialistas en Psiquiatría en México; su distribución, ejercicio profesional y su certificación, Revista Salud Mental vol. 35 no. 4, México julio/agosto 2012, consultado 10 enero 2017, de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400003
- Día Mundial de la Población 2014, Secretaría General de Gobierno. (2014). Consejo Estatal de Población, Los Jóvenes en el Estado de México. Recuperado el 30 de Julio de 2016, de Jóvenes: <http://coespo.edomex.gob.mx/jovenes>
- Enciclopedia Jurídica. (2014). Norma Jurídica. Abril 8, 2017, de Enciclopedia Jurídica Sitio web: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/norma-jur%C3%ADdica/norma-jur%C3%ADdica.htm>
- Los Derechos Civiles y Políticos. (6 de Diciembre de 2015). Recuperado el 27 de Marzo de 2016, de http://www.amschool.edu.sv/paes/civica/los_derechos_civiles_y_politicos.htm

LVIII Legislatura. (s.f.). Obtenido de Cámara de Diputados:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf.htm>

Indice Global de Impunidad en Méxicio. (febrero de 2016). Recuperado el 7 de noviembre de 2016, de http://www.udlap.mx/igimex/assets/files/igimex2016_ESP.pdf

Informe de Pobreza y Evaluación en el Estado de México. (2012). Consejo Nacional de Evaluación de la Política Pública de Desarrollo Social. Recuperado el 21 de agosto de 2016, de Informe de pobreza y evaluacion en el estado de mexico 2012.México,D.F. CONEVAL.,2012.: <http://desarrollosocial.guanajuato.gob.mx/coneval/informe-edo-mexico.pdf>

Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística Catastral del Estado de México. (2016). Estadística básica Municipal, Eatepec de Morelos. Gobierno del Estado de México. Toluca centro: Gobierno del Estado de México.

Instituto Nacional de Antropología e Historia. (2009). México en el Centenario de su Independencia. Inatituto Nacional de Antropología e Historia, Comisión Nacional Del Centenario de la Independencia. Distrito Federal: Archivo Filmico de la Filmoteca de la UNAM.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía , (2011), Recuperado el 16 de marzo de 2016 de: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=15>

Fernández Varela Mejia, H. (1995). NOM-025-SSA2-1994. Mayo 15, 2015, de Secretaria de Salud. Sitio web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html>

Frenk, J. & Gómez-Dantés O. (2016) ¿Atención a la salud o la enfermedad? Restableciendo el equilibrio. Mayo 10, 2016. De: Salud Pública de México, [S.l.], v. 58, n. 1, p. 84b-88b, ene. 2016. ISSN 1606-7916. Sitio web: <http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/7673/10483>

Fox, V. Q. (19 de enero de 2004). Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Obtenido de Secretaría de Salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ri190104.html>

Gispert, R. &. (2015). Elaboración de Planes de Salud. Recuperado el 28 de septiembre de 2016, de Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya: http://aniorte-nic.net/apunt_polit.plan_3.htm

- Gobierno de la República, (2013). Plan Nacional de Desarrollo. Recuperado el 5 de mayo de 2015, de <http://pnd.gob.mx/>
- Gobierno del Estado de México. (2015). Centro de Colaboración Geoespacial. Recuperado el junio de 16 de 2016, de Visor Geográfico del Estado de México: <http://ccg.edomex.gob.mx/>
- Gobierno del Estado de México. (junio de 2016). Centro de Información y Estadística. Recuperado el 31 de octubre de 2016, de Secretariado Ejecutivo del Sistema Estatal de Seguridad Pública: <http://sesespem.edomex.gob.mx/estadisticas>
- Gobierno del Estado de México. (junio de 2015). Alerta de Género. Recuperado el 3 de noviembre de 2016, de No dejemos que las arranquen de nuestra vida, Alerta de Género contra las Mujeres: <http://www.alertadegenero-edomex.com/>
- Gobierno del Estado de México. (2014). Indole Social/ IGECM. Recuperado el 16 de Julio de 2016, de Instituto de Información e Investigación Geográfica , Estadística y Catastral del Estado de México: http://igecem.edomex.gob.mx/indole_social
- Gobierno del Estado de México. (febrero de 2008). Niveles de Pobreza en el Estado de México. Recuperado el 16 de Julio de 2015, de Indole Social/IGECM: <http://igecem.edomex.gob.mx/sites/igecem.edomex.gob.mx/files/files/Archivos%20PDF/Productos%20Estadisticos/%C3%8Dndole%20Social/NIVELES%20DE%20POBREZA/NPEM2000-2005.pdf>
- IGI-MEX, Índice Global de Impunidad de México. (2016). IGI-MEX Universidad de las Américas de Puebla. Recuperado el 05 de 05 de 2017, de Impunidad en el Estado de México: <http://www.udlap.mx/igimex/resumenejecutivo.aspx>
- Indice Global de Impunidad en Méxcio. (febrero de 2016). IgImex2016_ESP.pdf. Recuperado el 7 de noviembre de 2016, de Indice Global de Impunidad México: http://www.udlap.mx/igimex/assets/files/igimex2016_ESP.pdf
- Instituto de Estudios Legislativos. (2016). Perfil del Estado de México. compilación informativa . toluca de Lerdo, Estado de México, México.
- Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística Catastral del Estado de México. (2016). Estadística básica Municipal, Eatepec de Morelos. Gobierno del Estado de México. Toluca centro: Gobierno del Estado de México.
- Jarquín, M. T. (1 de octubre de 1994). Biblioteca Digital Ilce Breve Historia del Estado de México: Recuperado de <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/estados/libros/edomex/html/estadodemex.html>

- La Salud Mental en México. (2005). Servicio de Investigación y Análisis División de Política Social: Recuperado de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf
- La Salud Mental en México, u. p. (2 de julio-diciembre de 2014). Revista Persona y Bioética. (U. d. Sabana, Ed.) Recuperado el 18 de abril de 2015, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83232594012> pdf.
- Legislatura LVIII. (18 de marzo de 2017). Cámara de Diputados. Obtenido de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf.htm>
- Legislatura, LVIII. (19 de diciembre de 2016). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Obtenido de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf.htm>
- Los Derechos Civiles y Políticos. (6 de Diciembre de 2015). Recuperado 27 de Marzo de 2016 from http://www.amschool.edu.sv/paes/civica/los_derechos_civiles_y_politicos.htm
- LVIII Legislatura. (n.d.). From Cámara de Diputados: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf.htm>
- Márquez Morfin, L. y. (2010). El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. (d. M. Scielo, Ed.) Desacatos, revista de Antropología Social, 121-144. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2010000100010
- México, H. d. (s.f.). H. Zoquiapan Granja La salud. Recuperado el 2017, de Hospitales de México, directorio Ixtapaluca: <http://hospitalesmexico.com/h-zoquiapan-granja-la-salud-9136>
- Municipio de Ecatepec de Morelos . (09 de 02 de 2017). Alerta de Género. Recuperado el abril de 2017, de Ecatepec de Morelos Estado de México: <http://www.alertadegenere-domex.com/index.php/municipios-en-alerta/ecatepec-de-morelos>
- Muriel, J. (10 de febrero de 2015). HNET1017.PDF. (I. d. Universidad Nacional Autónoma de México, Ed.) Recuperado el 15 de mayo de 2016, de Históricas Digital: <http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/hospitales/HNET1017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (03 de septiembre de 2007). La Salud Mental. Recuperado el 8 de mayo de 2016, de ¿Qué es la salud mental?: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2011). Sistemas de información de Salud Mental. Consultado 16 julio de 2015. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/policy/services/information_system_module_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Estrategia de Cooperación para México, OMS - OPS. Consultado el 2016 de agosto de 3, Recuperado de http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mex_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2008). MhGAP Programa de Acción para Superar la Brecha en Salud Mental. Recuperado el 19 de noviembre de 2016, de http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Sistemas de información de Salud Mental - Conjunto de Guías Sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Obtenido de <http://www.who.imnt>.
- Organización Mundial de la Salud. (agosto de 2016). World Health Organization. Obtenido de <http://www.who.int/country-cooperation/what-who-dos/ccs/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Sistemas de información de Salud Mental - Conjunto de Guías Sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. From <http://www.who.imnt>.
- Organización Panamericana de la Salud (2015), Datos México, 2015. Diciembre 10, 2016. Recuperado de: http://ais.paho.org/hia_cp/en/2007/Mexico%20English.pdf
- Portal del Gobierno del Estado de México. (julio de 2015). Portal del Gobierno del Estado de México. Recuperado el julio de 2016, de Municipios Mexiquenses: http://edomex.gob.mx/municipios_mexiquenses
- Programa de Acción en Salud Mental. (2013 -2018). Secretaría de Salud. Obtenido de Programa de acción en Salud Mental: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-mental-2013-2018>
- R. Gispert & R. Tresserras. (2015). ELABORACIÓN DE PLANES DE SALUD. Septiembre 28, 2016, de Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Sitio web: http://aniorte-nic.net/apunt_polit_plan_3.htm
- Ríos, J. A. (2015). Informe del cuarto trimestre sobre incidencia delictiva en el Estado de México. Diputados Locales del Estado de México, Instituto de Estudios Legislativos, Edo. Mex. Recuperado de <http://www.inesle.gob.mx/INVESTIGACIONES/investigacion2015/18->

15%20Informe%20sobre%20Incidencia%20Delictiva%20en%20el%20%20Estado%20de%20Mexico.pdf

Rodríguez, Jorge J. (2007). La Reforma de los Servicios de Salud Mental: Quince años después de la Declaración de Caracas, Recuperado el 18 de Abril de 2016 de:
<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicos%20de%20sald%20mental.pdf>

Robichaud, Guay, Colin y Pothier (1994). Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité, pp. 93-98. Montréal: Gaëtan Morin Editeur. Traducido por Hilda Asencio y María Elena Planas. Pdf.

Sacristán, M. C. (Nov./Dic. de 2010). La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910–1968. Recuperado el 09 de junio de 2015, de scielo.org.mx: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600001&lng=es&tlng=es.

Sacristán, M. C. (2005). Frenia Revista de Historia de la Psiquiatría. Recuperado el 30 de mayo de 2016, de Historia de la Locura:
<http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16413>

Sanchez S., H. M. (Enero - Junio de 2003). La percepción sobre el niño en el México Moderno (1810-1930). <http://132.248.9.34/hevila/TramasMexicoDF/2003/no20/2.pdf>

Sandoval, J. & Richard, M. (2005). La Salud Mental en México. Febrero 20, 2014, de Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. Sitio web:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Secretaría de Salud del Estado de México. (17 de marzo de 2017). Unidades Médicas. Recuperado el abril de 2017, de Instituto de Salud del Estado de México:
http://salud.edomex.gob.mx/html/listahospi.htm?tipo_unidad=CE&cve_jur=17&munpio=033

Secretaría de Salud México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2011). Informe sobre Salud Mental en México. Recuperado el mayo de 2017, de Microsoft Word - WHO AIMS MEXICOversion final sept.2011_PhL_2_.doc:
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf

Secretaría de Salud. (2013). Salud Mental. Recuperado el 6 de Enero de 2017, de Secretaría de Salud: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (Septiembre de 2016). Secretariado Ejecutivo - Incidencia Delictiva del Fuero Común. Recuperado el 3 de noviembre de 2016, de Secretariado Ejecutivo.gob.mx: <http://secretariadoejecutivo.gob.mx/incidencia-delictiva/incidencia-delictiva-fuero-comun.php>

Gobierno del Estado de México. (junio de 2015). Alerta de Género. Recuperado el 3 de noviembre de 2016 de: No dejemos que las arranquen de nuestra vida, Alerta de Género contra las Mujeres: <http://www.alertadegenero-edomex.com/>

Soberón - Acevedo, G. (1996). La Descentralización de los Servicios de Salud en la Década de los ochentas. Extracto de la conferencia magistral presentada con motivo del X aniversario de la Descentralización de los servicios de salud en Acapulco Guerrero. 38(5), págs. 371-378. México: Salud Pública. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5947/6754>

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2015). Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015. CD. de México: Secretaría de Salud. Recuperado Septiembre 01 2016 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf

Teva, I. (2004). redalyc.com. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH Recuperado el 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78522202.pdf>

Uriarte, M. (14 de enero de 2010). ejournal.unam.mx. Recuperado el 05 de mayo de 2016, de El Hospital de San Lázaro de Ciudad de México y Los Leprosos NovoHispanos de la Segunda Mitad del Siglo XVIII: www.ejournal.unam.mx/ehn/ehn42/EHN000004203.pdf

Valenti Nigrini, Giovanna, & Flores Llanos, Ulises. (2009). Ciencias sociales y políticas públicas. Revista mexicana de sociología, 71(spe), 167-191. Recuperado en 14 de diciembre de 2016, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000500007&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000500007&lng=es&tlng=es)

Villa, G. G. (2008). El Hospital del Divino Salvador para Mujeres Dementes. Boletín de Monumentos Históricos , 12, 151. Recuperado de <http://www.boletin-cnmh.inah.gob.mx/boletin/boletines/3EV12P141.pdf>

Vikram Patel, A. K. (2003). Pobreza y trastornos mentales comunes en los países en desarrollo . Boletín de la Organización Mundial de la Salud , vol 81 (8). Recuperado Septiembre 01 2016 de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862003000800011&script=sci_abstract&tlng=es

Sitios Web

Asociación Médica Mundial (2006). Salud Pública. Mayo 10, 2015 de Sitio web: <http://www.wma.net/es/20activities/30publichealth/>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2004). Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Enero 6, 2017, de Secretaria de Salud. Sitio web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ri190104.html>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. LIX Legislatura, (2005). La Salud Mental en México. Agosto 26, 2014. Sitio web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2016). Ley General de Salud. DOF 01-06-2016. Diciembre 11, 2016. Sitio web: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2016). Ley Orgánica de la Administración Pública. Marzo 28, 2017, de LXIII Legislatura Sitio web: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf.htm>

Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2015). Informe Salud: México 2006. Febrero 02, 2017. Sitio web: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/marco/marco_objetivos.htm

Instituto Nacional De Administración Publica, A.C., 2009. Estudio de la Políticas Públicas. Junio 30, 2016, Sitio web: <http://www.inap.mx/portal/images/RAP/el%20estudio%20de%20las%20politic%20publicas.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2008). MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Noviembre 19, 2016, de OMS Sitio web: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/

Organización Para La Cooperación Y El Desarrollo Económicos. (OCDE), 2016. La OCDE en México. Julio 01, 2016, Sitio web: <http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/laocdeenmexico.htm>.

OPS. (2015). Perfil de Mexico 2015. Enero 6, 2017, de Organización Panamericana de la Salud Sitio web: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3229&Itemid=2408

Perfiles de los sistemas de salud, OPS, <http://www.paho.org/hq/documents/events/puertorico05/lineametod-perfiles-puraug05.pdf?ua=1>

Presidencia de la República, 29 de marzo de 2016. Artículo: Acciones a favor de la salud de los mexicanos. Recuperado 1 septiembre 2017 de, <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/acciones-a-favor-de-la-salud-de-los-mexicanos>

Presidencia de la República, 21 de diciembre de 2016. Comunicado. Para el gobierno de la república el tema de la salud es la mayor prioridad. Consultado el 1 septiembre 2017 de, <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/para-el-gobierno-de-la-republica-el-tema-de-la-salud-es-de-la-mayor-prioridad-enrique-pena-nieto>

Quinta Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Recuperado 05 de Septiembre de 2016, de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf

Secretaría de Salud. (2005) Carta Ottawa para la Promoción de la Salud. Septiembre 05, 2016. Sitio web: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf

Seguridad Pública: <http://sesespem.edomex.gob.mx/estadisticas>

Sitio Oficial de la Secretaría de Salud: <http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%>

Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.

<https://prezi.com/yew5njn8bc9d/conferencia-internacional-de-sundsvall-1991/>

Trabajo Eco epidemiología

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18557/v38n6a1_433-441.pdf?sequence=1

World Health Organization (2015). Estrategia de Cooperación, OMS 2016. Agosto 03, 2016

Sitio web: <http://www.who.int/country-cooperation/what-who-does/ccs/es/>

World Health Organization (2016). Perfil de México, OMS, 2013. Agosto 03, 2016. Sitio web:

<http://www.who.int/gho/countries/mex.pdf?ua=1>

Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México, 2011.

http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm_oms.pdf

Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Recuperado enero 15. 2017

http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf

CONEVAL (2016), Indices de Pobreza, Recuperado septiembre, 2, 2017 de http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/PublishingImages/Pobreza_2016/Pobreza_16_cuadro1.PNG

http://www.programassociales.mx/?page_id=45&fl=3&sec=Salud&pr=1562

Programa de Acción Específico en Salud Mental

<https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-mental-2013-2018>

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf

Materiales audio visuales

Instituto Nacional de Antropología e Historia. (2009). México en el Centenario de su Independencia. Instituto Nacional de Antropología e Historia, Comisión Nacional Del

Centenario de la Independencia. Distrito Federal: Archivo Filmico de la Filmoteca de la UNAM.

Rivera-Garza, C. (2005). Crimen Psiquiátrico: La castañeda 3/8. programa de televisión abierta. (M. Cantú Gundlach, Entrevistador), once tv.