



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES
CENTRO DE INVESTIGACIÓN SOBRE AMÉRICA DEL NORTE
CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES – ACATLÁN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES MÉRIDA
CENTRO PENINSULAR EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES (CEPHCIS)

LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL EN MÉXICO: ANÁLISIS DE LA FORMULACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES, 2020 – 2024

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN GOBIERNO Y ASUNTOS PÚBLICOS

PRESENTA:

GILBERT AZAEL ROSADO VÁZQUEZ

TUTOR:

DR. MAXIMILIANO GARCÍA GUZMÁN
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi novia, familia y amigos que, desde mi tierra yucateca, me estuvieron apoyando durante estos últimos dos años lejos de casa, su cariño siempre será fundamental en mi vida.

A mis nuevas amistades que encontré en la Ciudad de México, decirles que me siento afortunado de haberles conocido y poder compartir con ustedes este camino de muchas experiencias y buenas anécdotas.

A la UNAM, la Unidad de Posgrado, y la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Por darme la oportunidad de formar parte de la comunidad académica más importante del país. Me siento orgulloso de ello, y agradecido por aprender de grandes profesores y profesoras, a quienes les guardo mucha estima, en particular a mi director de tesis, Dr. Maximiliano García, por su interés en involucrarme en diversas actividades académicas que fueron muy valiosas para mi formación.

Por último, mi agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCYT) por otorgarme la beca económica que me permitió dedicarme de tiempo completo a mis estudios de maestría.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. LA SALUD MENTAL COMO ASUNTO PÚBLICO Y DE GOBIERNO.....	10
1.1.Perspectiva contemporánea de la Salud y la Salud Mental como problemas públicos.....	10
1.1.1. La salud pública, determinantes sociales y desigualdades.....	12
1.1.1.1.Sistema de Salud Pública.....	13
1.1.2. Salud Mental.....	15
1.1.2.1.Las principales afecciones a la salud mental.....	16
1.1.2.2.La problemática del suicidio.....	18
1.1.2.3.Determinantes sociales y ambientales de la salud mental....	19
1.1.2.4.El sistema de salud mental.....	19
1.1.3. La orientación a la promoción y prevención en la salud mental.....	20
1.2. La salud mental como problema público.....	21
1.3.El enfoque de política pública en el estudio de la salud mental.....	25
1.3.1. Definición de política pública.....	25
1.3.2. El Análisis de Políticas Públicas (APP).....	29
1.3.3. El ciclo de las políticas públicas.....	32
1.3.3.1.Relevancia de la formulación de políticas.....	36
CAPÍTULO 2. DEVENIR DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DENTRO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO.....	40
2.1. La perspectiva histórica de la salud mental en el mundo.....	40
2.2. La evolución institucional de la atención a la salud mental en México durante el Siglo XX y XXI.....	51
2.3. El marco jurídico y estado actual de la salud mental en México.....	63
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LA FORMULACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 2020 – 2024.	70

3.1. Metodología.....	70
3.1.1. Contenido del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024, empleado para el análisis.....	74
3.2. Diseño del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.....	76
3.2.1. Acuerdos internacionales y fundamento normativo de elaboración del programa.....	78
3.2.2. Los recursos para la instrumentación del programa.....	79
3.2.3. La justificación, el estado actual y el planteamiento del problema....	79
3.2.4. Políticas transversales y principios rectores.....	86
3.2.5. Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019 – 2024 y Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024.....	89
3.2.6. Proyectos o programas prioritarios que se encuentra vinculados con el programa derivado del Plan.....	91
3.2.7. Objetivo general, objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales.....	93
3.2.8. Hallazgos de análisis de la formulación del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020-2024.....	98
CAPÍTULO 4. PROYECCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EN LA FORMULACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 2020 – 2024.....	104
4.1. Proyección de la implementación en la formulación del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.....	104
4.1.1. Territorialización.....	104
4.1.2. Innovación en salud.....	109
4.1.3. Los actores clave: dependencias y entidades participantes.....	111

4.1.4. Hallazgos del análisis de la proyección de la implementación en la formulación del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.....	112
4.2. Proyección de la evaluación en la formulación del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.....	115
4.2.1. Indicadores, metas y parámetros para el bienestar.....	115
4.2.2. Unidades responsables del reporte del avance de indicadores.....	117
4.2.3. Resultados preliminares del programa: Cuarto Informe de resultados del Gobierno de México, 2022.....	119
4.2.4. Hallazgos del análisis de la proyección de la evaluación en la formulación del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.....	128
CONCLUSIONES.....	132
BIBLIOGRAFÍA.....	137
ÍNDICE DE TABLAS.....	4
Tabla 1. Acuerdos internacionales en materia de salud mental a los que México está adscrito.....	78
Tabla 2. Principios rectores del Plan en el programa.....	88
Tabla 3. Objetivos y estrategias prioritarias, y acciones puntuales.....	94
Tabla 4. Cuarto Informe de resultados del Gobierno de México en materia de salud mental, 2022.....	120
ÍNDICE DE CUADROS.....	4
Cuadro 1. Los actores clave: Dependencias y Entidades participantes.....	111
Cuadro 2. Unidades responsables del reporte de avance de indicadores.....	118
ÍNDICE DE FIGURAS.....	4

Figura 1. Resumen de la evolución institucional para la atención de la salud mental en México.....	63
Figura 2. Elementos básicos para la política.....	72
Figura 3. Relación entre las fases de las políticas y las preguntas para el análisis.....	74
Figura 4. Aspectos del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024, consideradas dentro de este análisis de acuerdo con las fases de política.....	76
Figura 5. Planteamiento del problema del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.....	82
Figura 6. Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.....	94
Figura 7. Objetivos de las estrategias de innovación en salud.....	109
Figura 8. Estrategias potencialmente aplicables al Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.....	110
Figura 9. Objetivos prioritarios e indicadores del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.....	117

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas de salud mental en México han tenido un progreso importante durante las últimas décadas, ya que se han visto reflejadas a través de diversos programas y acciones por parte del Poder Ejecutivo mexicano, cuya finalidad ha sido atender las problemáticas que se derivan de la falta de atención a la salud mental.

Lo anterior ha estado motivado en gran medida por una serie de factores políticos y sociales, que influyen en las agendas gubernamentales para la generación de nuevas políticas que se adapten al contexto internacional, nacional y regional, tomando en cuenta el aumento en las cifras sobre la prevalencia de trastornos en la salud mental, y que afectan principalmente a los grupos vulnerables, y a la sociedad en general.

En este sentido, las problemáticas de la salud mental están ganando espacios de mayor relevancia en los gobiernos a causa de los impactos que se reflejan a nivel social y que se relacionan a su vez como causas y/o consecuencias de otras grandes problemáticas que afectan considerablemente la vida y desarrollo de las personas.

Asimismo, los avances en la investigación científica sobre la salud mental han dado mayor claridad sobre dichas consecuencias, y el cómo abordarlas desde las políticas y programas de una mejor manera, a su vez que, tener más información confiable sobre los aspectos que se relacionan con los trastornos mentales contribuye a la construcción de nuevas visiones que disminuyan los estigmas y promuevan una mejor salud mental.

Sin embargo, a pesar de que existe evidencia de estas políticas y programas de este tipo en México desde principios del Siglo XXI, no se ha destacado un cambio sustancial en la situación del país en relación con las condiciones de salud mental, y aunque se ha insertado

en las agendas gubernamentales, no se ve reflejado dentro de las acciones prioritarias ni en asignaciones considerables dentro del presupuesto público sobre este rubro.

Actualmente, la administración pública federal centra su política de salud mental en el Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024, por lo que este programa cobra relevancia al ser el documento oficial que atiende las necesidades que presenta la salud mental en el contexto en el que se desarrollan estas problemáticas del país.

De esta manera, hoy se observan las estrategias y acciones propuestas por el Poder Ejecutivo para dirigir los esfuerzos institucionales. Sin embargo, es importante precisar que, los estudios interdisciplinarios que dan seguimiento sobre el funcionamiento de estas políticas específicas de salud mental han sido realmente escasos y se han centrado principalmente en los aspectos de seguimientos epidemiológicos de los trastornos mentales.

Por lo anterior, el presente trabajo de investigación tuvo por objetivo analizar la formulación del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones utilizando el Análisis de Política Pública. Para su desarrollo se consideraron las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es el estado actual de la salud mental en México? ¿Cómo se ha construido la interpretación de la problemática de salud mental desde el gobierno en turno? ¿Qué busca lograr este programa y a través de qué acciones y estrategias? ¿Quiénes son los actores clave involucrados en la formulación e implementación de este programa? ¿Cómo se contemplan el seguimiento y evaluación de los resultados?

De esta manera, se profundiza sobre los elementos que constituyen la visión de la problemática y el diseño del programa para atenderla, lo que responde a la hipótesis de que la política pública de salud mental en México tiene inconsistencias en su formulación por lo que le impide alcanzar sus objetivos.

Para realizar este análisis se consideraron elementos como la congruencia entre los objetivos y estrategias que se proponen, la articulación con normativas internacionales a las que se adscribe el programa, las políticas transversales del gobierno actual, las acciones pertinentes para alcanzar los objetivos y los respectivos actores institucionales responsables de su cumplimiento, y las metas e indicadores que tienen como finalidad medir el alcance del programa.

Para ello, en el Capítulo 1 se plantea una serie de conceptos fundamentales para la comprensión de la salud mental y cómo se interpreta dentro de esta investigación, así como para enmarcar la argumentación sobre la pertinencia de ser considerada como un asunto público que le corresponde al gobierno atender. Se finaliza con una exposición de los conceptos más relevantes sobre política pública y las herramientas metodológicas con las que la política de salud mental se aborda en este trabajo.

Posteriormente, en el Capítulo 2 se realiza una revisión histórica sobre los inicios de la conceptualización de la salud mental a lo largo del desarrollo de la humanidad, lo que sirve como ruta de entendimiento para identificar las transformaciones que ha tenido este concepto y la interpretación que la sociedad le ha dado ante estas problemáticas. De igual forma, se profundiza sobre la evolución institucional que ha tenido la atención a la salud mental desde el sector público durante los últimos siglos, lo que permite visualizar el camino recorrido por parte de las acciones gubernamentales hasta la actualidad.

Este capítulo concluye con un abordaje del marco jurídico que se encuentra vigente en el país ubicado en la Ley General de Salud y los capítulos, artículos y fracciones que regulan los aspectos relacionados a la salud mental en particular. En seguida, se plantean algunos datos y cifras específicos sobre estado actual de las condiciones que presenta la

sociedad mexicana en relación con la infraestructura en salud, servicios de atención, prevalencia de trastornos, suicidios, entre otros aspectos relacionados con el sistema de salud mental.

En lo que corresponde al Capítulo 3, se encuentra la primera parte sustancial de este trabajo ya que se expone los elementos más destacados del programa en cuestión, así como el análisis y la discusión sobre los aspectos más relevantes de su formulación y diseño. En continuación a este apartado se desarrolla la segunda parte sustancial, el Capítulo 4, en donde se continúa el análisis de la formulación y diseño, sin embargo, en este segmento se analiza la proyección que se le otorga a la implementación y la evaluación, dentro de la estructuración que tiene el diseño del programa.

Por último, se concluye con una serie de reflexiones que argumentan las observaciones e ideas que surgen a modo de sugerencia, con la finalidad de que sirvan como referencia para futuras investigaciones científicas de los campos del conocimiento que se ven relacionados en este tema como el de la salud pública, la salud mental, las políticas públicas y la administración pública. De igual forma, pudiera ser de utilidad para que los resultados sean considerados en la actualización o formulación de nuevas políticas y programas que tengan el objetivo de mejorar la salud mental de la población en México.

CAPÍTULO 1. LA SALUD MENTAL COMO ASUNTO PÚBLICO Y DE GOBIERNO

En este capítulo se abordan los elementos conceptuales que conforman a la salud mental, y cómo éstos se han integrado en la perspectiva contemporánea de los gobiernos para convertirlos en problema públicos y atenderlos a través de las políticas públicas. De igual forma, se argumenta sobre las características que tiene la problemática de salud mental y porqué debe estar inserta dentro de la discusión pública al considerarlo como un problema público y no una cuestión exclusivamente individual. Finalmente, se exploran los aspectos conceptuales y metodológicos que conforma el Análisis de Políticas Públicas que serán de utilidad para comprender el análisis que se ha realizado al programa objeto de estudio en esta investigación.

1.1. Perspectiva contemporánea de la Salud y la Salud Mental como problemas Públicos

La salud es un aspecto clave para el desarrollo de la sociedad y sus miembros. En un principio, la salud era concebida únicamente como la ausencia de la enfermedad hasta 1967, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) amplió la definición como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Lo cual representó un avance sustancial para el entendimiento de causas y necesidades que tiene la población en relación con la salud, así como ampliar el panorama para la integración de nuevos elementos de carácter social. Esta perspectiva, permite introducir nuevas observaciones hacia los determinantes sociales y mentales que influyen de alguna manera en el grado de salud de una persona. (Avila Agüero, 2009)

En esa misma línea, esta nueva definición representó una importante superación del paradigma biologicista, y se establece la relación con los aspectos sociales, estableciéndola como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad por su carácter multidimensional. (Alcántara, 2008) Debido a lo anterior, es posible obtener un alcance mayor en los estudios sobre salud, ya que no se centra en temas exclusivamente médicos, sino que se utilizan otras ópticas sociales para entender los fenómenos que se presentan en torno a ésta, en el mundo occidental.

Por otro lado, esta definición de salud también tiene un aspecto a considerar. Si bien se ha mencionado, la OMS reconoce la importancia de la intervención social, mantiene aún un problema epistemológico sobre la conceptualización de los términos clave de “salud”, “bienestar” y “población”, ya que presupone que no sean términos políticos. Sin embargo, los conceptos de salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas. De esa forma, el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, así como lo que lo construye y define en la práctica médica y las instituciones sanitarias, tienen una fuerte influencia del contexto social y político. (Navarro, 1998)

Es por estos últimos aspectos, mencionados en el párrafo anterior, que la salud está estrechamente relacionada con varios factores que se gestan dentro de la sociedad en la que cada persona vive, por lo que las condiciones de salud de las personas están sujetas a dichos factores con los que interactúa dentro de su entorno directo. Es por esto que en el siguiente apartado se abordan los elementos que se consideran en los aspectos de la salud pública, los determinantes sociales y las desigualdades, que resultan condicionantes para el entendimiento del estado de salud de las personas y sociedades.

1.1.1. La salud pública, determinantes sociales y desigualdades.

Ante los problemas relacionados con la sociedad y la salud, se encuentra el concepto de “salud pública”, el cual de acuerdo con Terris, citado por Toledo (2005), se define como la actividad gubernamental y social importante, de naturaleza multidisciplinaria y que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad. Asimismo, Toledo, afirma que se encuentra relacionada con las ciencias de la salud y en especial con la medicina, así como una vinculación con las ciencias sociales, biológicas, psicológicas, matemáticas, económicas, administrativas, políticas y jurídicas.

La salud se encuentra condicionada con varios factores que influyen en cómo se desenvuelve dentro de la vida de las personas, tal como menciona, Ávila-Agüero (2009), estos factores son de carácter biológico, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. Por lo que la actuación sobre ellos tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población.

Es así por lo que cobra mayor relevancia la acción, no solo del personal médico y sanitario, sino de la participación comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud, en la que se debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de una mayor efectividad en las intervenciones.

Los determinantes sociales de la salud son aquellos factores sociales que inciden en ella, incluida la estructura social, prácticas e instituciones, identidad personal y procesos interpersonales, siendo los más determinantes la pobreza, la desigualdad y la exclusión social. Por lo que dentro de los determinantes estructurales se encuentra la educación, el ingreso, la

cohesión social, la etnia o el género, y otros determinantes intermedios como las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los alimentos, los comportamientos de las personas y las barreras para adoptar estilos de vida saludable. (Rodríguez-Yunta, 2016)

De igual forma, la desigualdad en salud tiene gran importancia para entender la dinámica de la salud en la población. Este concepto, de acuerdo con lo que expone Arcaya et al (2015) hace referencia de manera genérica a las diferencias en salud de los individuos o los grupos. Es cualquier aspecto cuantificable de la salud que varía entre los individuos o según agrupamientos socialmente relevantes. En su definición está ausente cualquier juicio moral sobre si las diferencias observadas son razonables o justas. En ese sentido, existen razones para ocuparse de estas diferencias, ya que su persistencia se basa en la nacionalidad, raza/etnicidad u otros factores sociales que generan preocupaciones morales, ofendiendo la noción básica de rectitud y justicia de mucha gente y se puede considerar un problema particularmente desde la perspectiva de los derechos humanos.

1.1.1.1. Sistema de salud pública

Para atender los problemas de la salud pública existe el sistema de salud, el cual abarca todas las organizaciones, instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud (Organización Mundial de la Salud, 2003). Por lo que esta estructura diseñada para abordar los principales problemas de salud desde la acción gubernamental resulta fundamental en el análisis para entender por qué algunos problemas siguen siendo prioritarios, a pesar de la atención que han recibido desde años atrás.

De esta manera, los sistemas de salud tienen una responsabilidad de reducir las desigualdades a través de la mejorar la salud de quienes principalmente se encuentran en situaciones vulnerables, por lo que su carácter debe ser equitativo. Otro aspecto importante

dentro de estos sistemas es la consideración de la seguridad financiera de los usuarios, lo que implica esquemas de financiamiento para ello. Finalmente, lograr alcanzar los objetivos que se propone un sistema de salud dependerá de las siguientes funciones: la prestación de servicios, el financiamiento de los servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2000)

En el caso de México, la Secretaría de Salud del Poder Ejecutivo coordina el sistema nacional de salud, el cual está conformado por las dependencias y entidades a nivel federal y local, así como personas físicas y morales de los sectores privado y social que prestan servicios de salud y los mecanismos de coordinación de acciones entre estos.

Entre los objetivos que se establecen en la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud tiene entre sus objetivos: proporcionar servicios de salud a toda la población, contribuir al desarrollo demográfico, colaborar al bienestar social de la población, dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas, apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias, impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos, promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena, coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud, promover un sistema de fomento sanitario, promover el desarrollo de los servicios de salud con base en la integración de las Tecnologías de la Información, proporcionar orientación a la población sobre la alimentación nutritiva, diseñar y ejecutar políticas para la alimentación nutritiva, y promover la creación de programas de atención integral para la atención de las víctimas y victimarios de acoso y violencia escolar.

1.1.2. Salud Mental

Dentro de esta conceptualización de la salud y el sistema de salud pública que se menciona en los párrafos anteriores, se encuentra una problemática que ha incrementado durante las últimas décadas: la atención a la salud mental. Ésta es definida por la OMS (2018) como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Lo cual implica, dentro de esta definición, que la importancia del bienestar de las personas, en donde existe la capacidad de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. En ese sentido, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. Asimismo, es sobre esta base donde se considera que la promoción, protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, comunidades y sociedades de todo el mundo.

Asimismo, la salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Resulta un tema de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental, ya que los problemas de salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general. Estas afecciones no distinguen a la población, sin embargo, existe mayor riesgo en personas con condición de pobreza, desempleo, poco nivel escolar, víctimas de violencia, migrantes y refugiados, poblaciones indígenas, mujeres maltratadas y personas de la tercera edad en abandono. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

1.1.2.1. Las principales afecciones a la salud mental

Las problemáticas relacionadas a la salud mental de una persona se manifiestan de diferentes maneras. Principalmente, se ha adoptado el término de “trastorno mental” el cual es definido por la OMS (2019) como una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. En donde se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo.

La depresión se manifiesta cuando una persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. De igual forma, se presentan varios síntomas en los que se incluye la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio o falta de energía. Derivado de esto, la persona experimenta dificultades considerables en su funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional y en otros ámbitos importantes. (Organización Mundial de la Salud, 2021a)

Siguiendo esta línea dictada por la OMS, la depresión es el resultado de interacciones complejas que involucran factores sociales, psicológicos y biológicos. Es importante considerar circunstancias vitales adversas como el desempleo, luto, eventos traumáticos, que haya experimentado la persona, lo cual hace más probable de sufrir este trastorno. Asimismo, la depresión puede ocasionar más estrés y disfunción, empeorar la vida de la persona y, en consecuencia, la propia depresión.

En ese sentido, Estramiana et al (2010) mencionan que existen diferentes formas para entender la depresión, ya sea desde una perspectiva clínica que la define como un trastorno de la personalidad de carácter afectivo, cognitivo y comportamental; una perspectiva comportamental que la define como consecuencia de la falta de refuerzo o de la no contingencia entre conducta y refuerzo; y la perspectiva cognitiva que la concibe como un resultado de pensamientos inadecuados, distorsionando la realidad en una forma negativa.

El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad del estado de ánimo, crónica y recurrente que presenta síntomas que oscilan desde la euforia a la depresión o la combinación de ambos. Entre complicaciones frecuentes se encuentra el desarrollo de síntomas psicóticos, de episodios de ciclación rápida, agresividad y suicidio. Sus causas se relacionan con aspectos biológicos, predisposición genética, así como la influencia de factores psicosociales que pueden actuar como desencadenantes. (Suárez et al., 2015)

Por su parte, Montaña et al (2013) definen la esquizofrenia como un trastorno psiquiátrico que perjudica el funcionamiento del individuo, afectando la percepción, el pensamiento, la afectividad y la conducta, lo que ocasiona un deterioro en la interacción social y familiar. De acuerdo con el National Institute of Mental Health (2021), existen varios factores que pueden contribuir al riesgo de que una persona presente esquizofrenia, los cuales están relacionados con la genética, el ambiente y la estructura y función del cerebro.

De acuerdo con Rentería-Rodríguez (2018), en el panorama internacional se estima que entre 450 y 500 millones de personas en el mundo presentaron algún trastorno mental durante el 2016 y la OMS calcula que más de 300 millones padecen depresión, 60 millones trastorno bipolar y casi 21 millones esquizofrenia.

Ante este panorama en el que se enmarca la salud mental, existen consecuencias graves que son causadas por la falta de la atención y mecanismos de los servicios de salud pública, que no contemplan la prevención de estas, tales como el caso específico del suicidio, que a continuación se aborda con mayor detalle.

1.1.2.2. La problemática del suicidio

Uno de los problemas más grandes y crecientes que se derivan del deterioro de la salud mental es el suicidio. El cual es definido como el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen pensamientos suicidas y el acto en sí. Se puede detectar ciertas manifestaciones como: los actos fatales o el suicidio consumado, los intentos de suicidios, con intención y planeación, y los intentos de baja letalidad que generalmente se asocian con una situación psicosocial crítica. (A. Gutiérrez et al., 2006)

De acuerdo con datos de la OMS (2021b), cada año más de 700.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos. Asimismo, menciona que, en el informe regional sobre la mortalidad por suicidio publicado en marzo 2021, esta problemática sigue siendo una prioridad de la salud pública en la Región de las Américas.

Un aspecto que destaca de esta problemática es que varios autores y organizaciones coinciden en que se puede reducir los casos de suicidio al ser un asunto prevenible. En ese sentido, Campo-Arias & Suárez Colorado (2019) afirman que muchos casos se pueden prevenir, aunque es difícil predecir todos los eventos, sin embargo, se pueden identificar factores de riesgo biológicos, psicológicos, culturales, religiosos, sociales, económicos, políticos, etc.

En esta línea, resaltan estos factores de riesgo que tienen particularidades en su influencia dentro de la salud mental de las personas, por lo que en el siguiente apartado se describe a los determinantes sociales y ambientales de la salud mental para ampliar esta información.

1.1.2.3. Determinantes sociales y ambientales de la salud mental

La salud mental individual se encuentra determinada por una variedad de factores sociales, psicológicos y biológicos. Asimismo, sus afecciones se asocian con cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, modos de vida poco saludables, riesgos de violencia, mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. Sin perder de vista otros factores como de la personalidad y psicológicos específicos que hacen a una persona propensa a los trastornos mentales. Estos últimos también tienen causas de carácter biológico. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

De acuerdo con Leiva et al (2021), muchos de los países de ingresos medios y bajos, todavía enfrentan la problemática de la inequidad y la pobreza, lo cual constituye un factor de estrés sistemático que contribuye al desarrollo de trastornos mentales. Por lo anterior, resulta importante que los países con niveles significativos de inequidad y pobreza busquen considerar el impacto de los modos de vida y la calidad de vida en el estado psicoemocional de las personas, para poder intervenir correctamente y no de manera aislada.

1.1.2.4. El sistema de salud mental

El sistema de salud mental forma parte del sistema de salud pública de los gobiernos occidentales, y se estructura dentro de este mismo esquema de salud. En algunos países cuentan con leyes y regulaciones exclusivas para tratar el tema. Sin embargo, en el contexto

actual, ocasionado por la pandemia de COVID-19, resalta las carencias que estos sistemas padecen, evidenciando la poca capacidad que existe de atender las problemáticas que se derivan de la salud mental, como resultado del bajo nivel de priorización que ha tenido el tema.

Durante el 2020 la OMS realizó un estudio en 130 países, donde encontró que la pandemia de COVID-19 ha perturbó o paralizó los servicios de salud mental esenciales del 93% de los países del mundo. Lo anterior debido a que la pandemia ha provocado un incremento de la demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo generan o agravan trastornos de salud mental. El consumo de alcohol o drogas, problemas de insomnio y ansiedad se presentaron con mayor frecuencia. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Ante esto, surge la necesidad de priorizar los aspectos de la salud que tienen que ver con la prevención de posibles enfermedades contemplando las condiciones que pueden ser escenarios proclives para su desarrollo y actuar de manera anticipada para atender las causas antes de que pueda evolucionar dichas afecciones. En este sentido, en el siguiente subapartado se aborda los enfoques que enfatiza la Organización Mundial de la Salud para la promoción y prevención.

1.1.3. La orientación a la promoción y prevención en la salud mental

Algunos de los enfoques que se proponen para poder atender las problemáticas que trae consigo la mala salud mental es la promoción y prevención. Estos dos conceptos son utilizados con mucha frecuencia sobre todo en los temas de gobierno y salud. Sin embargo, es importante recalcar la conceptualización que tiene cada uno, en específico en los temas relacionados a la salud mental.

Por un lado, la promoción de la salud mental se refiere a la creación de las condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo para mejorar la calidad de vida. Por otra parte, la prevención de los trastornos mentales se basa en principios de salud pública, y está orientada a la disminución de factores de riesgo y la promoción de factores protectores de acuerdo con el trastorno mental o problema conductual, con la finalidad de reducir la prevalencia e incidencia. (Jané-Llopis, 2004)

De esta manera, las condiciones en las que se encuentra la salud mental de una población dependen en gran medida sobre las acciones que lleve a cabo el gobierno en función de atenderla, ya que la salud mental, a pesar de que se ha considerado un aspecto privado e individual, poco a poco se ha reconocido sobre su importancia en la salud pública, por lo que en el siguiente segmento se aborda esta perspectiva.

1.2. La salud mental como problema público

Como se ha explicado anteriormente, el concepto de salud mental es entendido como un aspecto del ser humano que va más allá de la ausencia de trastornos mentales, y se centra en un estado de bienestar de la persona que le permita tener las capacidades para hacer frente al estrés de la vida diaria, a realizar el trabajo de manera productiva y contribuir a la comunidad, lo que en consecuencia genera un bienestar y funcionamiento de la sociedad. En ese sentido, resulta fundamental la promoción, protección y restablecimiento de la salud mental de forma individual, comunitaria y en sociedad.

La determinación de la salud mental está relacionada con factores de carácter social, psicológico y biológico. Estos pueden ser las presiones socioeconómicas, la pobreza y los bajos niveles educativos, condiciones de trabajo estresantes, discriminación, exclusión

social, violencia, mala salud física, y violaciones a los derechos humanos. Así como factores relacionados a la personalidad y rasgos psicológicos específicos que propician la vulnerabilidad de una persona ante trastornos mentales, o por causas estrechamente vinculadas a factores genéticos o desequilibrios bioquímicos cerebrales.

La OMS (2010) ha registrado cifras que revelan la situación que mantiene la salud mental en el mundo, y es que se calcula que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, y estos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% en América Latina. De igual forma, calcula que un 60% y 65% de las personas que necesitan atención no la reciben.

Actualmente los trastornos derivados de la mala salud mental, particularmente la ansiedad y depresión, han incrementado un 25% en su prevalencia durante el primer año de la pandemia por COVID-19, de acuerdo con el informe realizado por la OMS (2022). También se detectó que los grupos más afectados ha sido la gente joven y las mujeres.

Una de las explicaciones a estos datos es el aumento de la carga por estrés derivada de las normas de aislamiento que se establecieron en la mayoría de los países, así como la vinculación con la posibilidad de trabajar, o buscar apoyo de familiares y seres queridos. Y aspectos como la soledad, el temor de contraer el virus, la muerte de personas cercanas y las preocupaciones económicas impactaron severamente en la salud mental de las personas.

El suicidio es uno de los impactos más graves que tiene el descuido de la salud mental y se relaciona principalmente con la depresión, aunque también existen otros factores que pueden ser detonantes de este comportamiento. En esta misma línea, de acuerdo con la OMS, cada año se suicidan cerca de 700,000 personas, de las cuales por cada suicidio consumado existen muchas tentativas de suicidio (las cuales son difíciles saber con precisión por la falta

de datos y mecanismos para generarlos), de los cuales 77% de ellos se localizan en países de ingresos bajos y medianos. En consecuencia, el suicidio se situó en el 2019 como la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años. (Organización Mundial de la Salud, 2021c)

Ante las situaciones extraordinarias que se han presentado durante los últimos años, derivados de la pandemia COVID-19, cobra mayor relevancia la promoción y protección a la salud mental, de las cuales la OMS ha hecho énfasis en la necesidad de generar acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien el bienestar de la salud mental, priorizando el respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales,

De igual forma, reconocer que las políticas nacionales de salud mental no deben enfocarse únicamente en trastornos mentales, sino abordar cuestiones más amplias para el fomento de la salud mental, incorporando su promoción en políticas y programas de sectores gubernamentales y no gubernamentales, tomando en cuenta que el sector salud es fundamental, pero que es igualmente esencial la participación de sectores educativos, de trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y asistencia social.

La multicausalidad del origen de los trastornos de salud mental genera un reto importante para entenderlos y atenderlos desde las políticas públicas. No existe una acción concreta para solucionar el problema, sino más bien, se requiere una serie de acciones establecidas en estrategias articuladas de manera intersectorial que logren abarcar los diferentes ámbitos donde se han detectado correlaciones.

Es por ello por lo que resulta de suma importancia reconocer la relación que tiene la acción gubernamental con la salud mental, ya que la estructura de nuestro entorno influye en diferentes medidas al desarrollo de trastornos mentales o la disminución de ellos. Hablar de

salud mental no es un asunto exclusivamente privado e individual, sino que se entrelaza de manera bidireccional con el comportamiento colectivo y las instituciones que se constituyen en la sociedad.

Aunado a todo lo anterior, también es necesario considerar de igual forma que la concepción actual de la salud mental ha sufrido de transformaciones a lo largo la historia de la humanidad, principalmente por los elementos culturales y religiosos, que si bien, actualmente se ha priorizado la evidencia científica que ha evolucionado, aún persisten algunos estigmas y prejuicios que han prevalecido desde la antigüedad. Asimismo, ha influido el mantenimiento de la idea de que los asuntos relacionados a la salud mental son de carácter privado, sin embargo, poco a poco se ha reflejado su pertinencia en el ámbito público por la importante influencia que ejerce en el desarrollo de los individuos en la sociedad.

Hoy en día podemos entender la amplitud que tiene el concepto de salud mental y cómo tiene sus causas en factores que se encuentran estructurados en el ambiente social de la vida de las personas, lo que dista mucho de lo que se pensaba anteriormente y que guardaba relación con elementos fuera del alcance humano y respondían a creencias sobre cuestiones de divinidad o demonios. A pesar de que aun padecemos estragos de esas creencias, se ha logrado avanzar en el pensamiento e interpretación de la salud mental, por lo que hoy se entiende con mayor claridad el gran esfuerzo que se requiere hacer en sociedad para atender estas problemáticas que se derivan de la falta de conocimientos y cuidados hacia la salud mental.

Ante este escenario, y el conocimiento de causa que se sitúa en diversidad de factores, resulta muy claro que la salud mental no pertenece exclusivamente al ámbito privado e individual, sino que se sitúa en el ámbito público, por lo tanto, se requieren políticas públicas

que tomen en consideración lo que la investigación científica ha afirmado acerca de los problemas derivados de la salud mental, así como la constante evaluación de los programas. En ese sentido, las estrategias para reducir el impacto son un asunto que compete estrictamente al estado generar y liderar, para articular a los actores sociales que son sustanciales para cumplir los objetivos planteados.

Es evidente que atender la salud mental corresponde a un esfuerzo integral de todas las personas, en lo individual y colectivo, ya que las consecuencias de la falta de atención impactan en diversos ámbitos de la sociedad de manera directa o indirecta, como la salud pública, la economía, el desarrollo social, la inseguridad, las violencias, entre otros aspectos, que ocasionan un severo deterioro en el tejido social, por lo que es fundamental la acción gubernamental efectiva.

Hasta este momento, se ha expuesto diversos elementos para la comprensión de la salud mental en las acciones públicas, por lo que en el siguiente apartado, se aborda de manera concreta los conceptos y herramientas para la comprensión de la construcción y desarrollo de las políticas públicas, lo que más adelante será de utilidad para analizar el caso específico de la política pública de salud mental.

1.3. El enfoque de política pública en el estudio de la salud mental

1.3.1. Definición de política pública

Uno de los pioneros en políticas públicas fue Harold Lasswell, quien en su artículo “La orientación hacia las políticas” (1951), definió que éstas se encuentran orientadas hacia los problemas y a la práctica, y con el conocimiento de los procesos de decisión del orden público y cívico. Por su parte, Aguilar (2008), expone que una definición descriptiva de política pública como un conjunto de acciones estructuradas en modo intencional y causal,

orientadas a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas de interés público definidas por la magnitud y tipo de interlocución entre el gobierno y sectores de la ciudadanía, decididas por autoridades públicas legítimas y ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales, así dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y de la sociedad.

Retomando el artículo de Lasswell, menciona un enfoque al proceso de la política y otro a las necesidades de inteligencia del proceso. La primera donde se busca desarrollar la ciencia de la formación y ejecución de las políticas, utilizando los métodos de investigación de las ciencias sociales y de la psicología. Por otro lado, la segunda, busca mejorar el contenido concreto de la información y la interpretación disponibles a los hacedores de las políticas y, por consiguiente, rebasa generalmente las fronteras de las ciencias sociales y de la psicología.

En esta línea, Aguilar (2008) menciona que, en el artículo de Lasswell, las políticas se presentan como la concreción y culmen de la orientación que muestran las diversas ciencias sociales hacia las políticas. Cuando las ciencias sociales dirigen sistemática y estrictamente su atención a la elaboración e implementación de las políticas y buscan contribuir a la solución de los problemas de políticas en un periodo determinado o a las necesidades de inteligencia del momento, entonces llegan a ser partes activas e integrantes de las ciencias de políticas.

Las ciencias de políticas, de acuerdo con Lasswell (1951), son el conjunto de disciplinas que se ocupan de explicar los procesos de la elaboración y ejecución de las políticas, y se encargan de localizar datos y elaborar interpretaciones relevantes para los problemas de políticas de un periodo determinado. Por su parte, Aguilar (2008) las define

como aquellas cuyo interés de conocimiento es el proceso a través del cual se hace una política.

El objetivo de la política pública, desde su origen, ha sido asegurar y mejorar la calidad de la decisión pública en dos dimensiones esenciales. Una es la calidad institucional de la decisión, la cual se refiere al respeto a los valores públicos plasmados en la constitución política, a las normas legales de la vida asociada y a los resultados de la deliberación pública sobre los temas de interés de los ciudadanos. Por otro lado, la calidad cognoscitiva técnica, que se refiere a la identificación y selección de las acciones eficaces y eficientes para producir las situaciones públicas deseadas y legalmente prescritas. En ese sentido, la disciplina de política pública asume que la calidad o corrección institucional de las políticas está asegurada por los mecanismos de control entre poderes públicas y/o por los gobernantes de regímenes democráticos, por lo que enfoca su objeto de estudio en la calidad cognoscitiva o técnica de la decisión, la corrección de su información, análisis y cálculo. (Aguilar, 2008)

Tomando en cuenta estas definiciones, y las etapas propuestas para su estudio por Roth (2008), dentro del marco secuencial: definición del problema, formulación, decisión implementación y evaluación, podemos entender que las políticas públicas es el conjunto de respuestas que buscan cubrir las necesidades, y solucionar problemáticas que se presentan en la sociedad en los diferentes rubros de los que está compuesta a través de acciones concretas y se encuentran relacionadas con la participación e interacción entre el gobierno y la ciudadanía, así como otros factores circunstanciales.

Ante las definiciones expuestas en los párrafos anteriores, se puede considerar que las políticas públicas son todas aquellas acciones y estrategias que se dan a través de un proceso de formulación y estructuración por parte de una autoridad de gobierno, orientadas a atender

un asunto que ha sido problematizado por diversos actores de la sociedad y gobierno, debido a que afecta de alguna forma a uno o diversos grupos de personas que forman parte de ella. Dentro de esta se establecen los objetivos que busca alcanzar con el cumplimiento de las acciones y estrategias consideradas, que idealmente se traducen en la eliminación o disminución del asunto problemático que expone.

También es importante destacar que para alcanzar dichos objetivos es necesario el seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación e impacto de la política, para su retroalimentación y rediseño en caso de que así lo requiera. Esto último se puede visualizar con la herramienta del “Ciclo de Políticas” que permite visualizar estos momentos de las políticas para mejor comprensión, la cual se explicará en apartados posteriores.

Por otra parte, uno de los rubros que se atienden y corresponden a la orientación de este estudio es el área de la salud mental. Por lo que, de acuerdo a Henao et al (2016), las políticas públicas de salud mental constituyen un instrumento con el cual se puede mejorar la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano. De igual forma, definen las metas a alcanzar, establecen prioridades, señalan las responsabilidades entre los diversos sectores y niveles involucrados, y definen las funciones de los diferentes actores y equipos, las actividades que deben desarrollar, focaliza la población a intervenir, segmenta las problemáticas a abordar y destina recursos para la intervención, establece mecanismos de control, seguimiento y evaluación del conjunto de acciones que las constituyen de acuerdo a las necesidades locales y con los lineamientos internacionales en materia de salud mental.

En suma, lo expuesto hasta este momento, nos indica lo que se define como política pública, el objeto de estudio en el que se centra esta disciplina, así como su utilidad para abordar los temas sobre salud mental de la población. Es por ello por lo que también es

necesario disponer de herramientas metodológicas para poder examinarlas con mayor detenimiento para consolidar conocimiento que brinde la información suficiente sobre su origen y desarrollo, como es el caso del “Análisis de Política Pública (APP)” que se presenta a continuación.

1.3.2. El Análisis de Políticas Públicas (APP)

El análisis de Políticas Públicas (APP) es un enfoque aplicado que se conforma por elementos de la Ciencia Política y la Ciencia de la Administración, el cual se caracteriza por la atención en el significado de las palabras: público, políticas y el análisis. Con respecto a la primera, se refiere a la esfera o dominio de la vida que no es privada ni individual, sino común, y que con frecuencia requiere regulación o intervención gubernamental o social. El segundo concepto, se refiere al conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas públicos. En relación con el último concepto, se relaciona con el estudio de los problemas y las políticas públicas. (Delgado, 2009a)

De acuerdo con Olavarría (2007) , menciona que el Análisis de Política Pública tiene dos características, la primera hace referencia a que es un trabajo profesional orientado a la solución de problemas, por lo que se requiere un conjunto de métodos, técnicas y herramientas profesionales útiles para comprender, caracterizar y expresar como se configura una situación que ha sido identificada como problema público, las probables causas que lo originan y/o la interdependencia que se presenta con otros problemas. Asimismo, esta característica incluye el campo de la evaluación de las políticas públicas, toda vez que este tipo de ejercicio permite identificar si la política evaluada logró resolver o reducir, el problema que aborda, con la finalidad de conocer su eficiencia o sugerir maneras más eficientes.

La segunda característica que expone Olavarría es sobre la multidisciplinariedad del Análisis de Política Pública, a causa de la multidimensionalidad e interdependencia de los problemas, requiere el aporte de amplia variedad de disciplinas científicas, profesionales, éticas y filosóficas para una adecuada comprensión de los problemas y las intervenciones.

El análisis de una política pública normalmente hace referencia a la política en curso, de la cual examina su actuación y resultados, y trata de identificar las causas de sus eventuales bajos resultados para corregirla o sus buenos resultados para mejorarla. Es por ello que consiste en revisar críticamente la información, el razonamiento y el cálculo del análisis que se hizo anteriormente y sustentó la decisión y el diseño de la política en curso. En un primer momento, el análisis es la valoración de la política en curso o de la inmediatamente pasada, con la finalidad de examinar y estimar la idoneidad causal, valorar su eficacia social y eficiencia económico. En un segundo momento, de acuerdo con los resultados de la valoración, el análisis elabora otro conjunto de acciones que comparativamente escapan a las debilidades de la anterior política y tratan de incrementar su idoneidad causal. (Aguilar, 2008)

Siguiendo la misma línea dictada por Aguilar, propone un marco de referencia para el análisis de políticas públicas que considera ciertos elementos a considerar en su estudio. Menciona que este análisis consiste en revisar críticamente la información, el razonamiento y el cálculo de análisis que se hizo para sustentar la decisión y diseños de la política en curso. Por lo que afirma que es, en un primer momento, una valoración de ésta, que tiene como propósito examinar y estimar su idoneidad causal para lograr los objetivos deseados, valorar su eficacia social y eficiencia económica. Y en un segundo momento, de acuerdo con los resultados obtenidos, el análisis elabora otro conjunto de acciones que comparativamente

considera las debilidades de la política en cuestión, y trata de incrementar su idoneidad causal.

Para lo anterior, considera en primer lugar el análisis de la estructuración de la política, lo cual consiste en averiguar los factores que la estructuraron a través de identificar las creencias valorativas de una sociedad y las del gobierno, así como las creencias científico-técnicas de sociedad y gobierno. De igual forma, se encuentra el análisis de origen de la política, lo que se refiere a reconstruir el proceso de formación de la agenda de gobierno. Asimismo, el análisis de la integración de la política, el cual va en función de la presupuestación y financiación pública. Por último, el análisis de la política componente de una historia y un contexto social, el cual se orienta hacia la historia política, social e intelectual que ha influido en la definición del problema, así como tomar en consideración el tipo de régimen político y su rigidez o apertura hacia el análisis de la política pública. (Aguilar, 2008)

El análisis de Política Pública proporciona tres tipos de aprendizajes, de acuerdo con Dye, citado en Olavarría (2007):

Uno de ellos es que se obtiene una descripción de la situación abordada, identificando cuál es el problema que se ha reconocido por parte del gobierno, su importancia y la prioridad que se le otorga, así como los marcos conceptuales, enfoques, contenidos, población a la que se dirige y los resultados que se esperan y el recurso involucrado.

Otro aprendizaje del análisis es sobre si existe correspondencia entre el problema y la política, lo cual aporta elementos que permiten comprobar, por las autoridades y otros actores involucrados en el proceso, comprobar si la política es la adecuada para el problema que se ha identificado.

Por último, las evaluaciones permitirán identificar los resultados e impactos de la política pública analizada, su efectividad, eficacia y eficiencia, si los servicios o bienes llegaron a la población objetivo, las dificultades que se presentaron en la implementación y si se dio de acuerdo con el diseño previo, así como identificar si el diseño y el problema son de adecuada correspondencia.

Finalmente, para el análisis de política pública se emplean herramientas metodológicas que esquematizan de manera práctica los momentos importantes de la política pública, a pesar de que su desarrollo es un proceso de constantes cambios, visualizarla de manera separada es útil para analizarla desde la teoría. Es por esto por lo que a continuación se expone con detalle el ciclo de políticas públicas mencionado.

De esta manera, se entiende que el uso del enfoque de políticas resalta elementos metodológicos que son útiles para analizar, en este caso, la política de salud mental en México y explorar los aspectos más destacados que la conforman en su formulación y diseño con relación a la propia conceptualización de la salud mental desde el gobierno mexicano, así como las consideraciones planteadas en el programa de salud mental para su implementación y evaluación de acuerdo con la interpretación de la problemática.

1.3.3. El Ciclo de las Políticas Públicas

Con la finalidad de tener mayor claridad en el análisis, se considera relevante emplear las etapas propuestas para su estudio por Roth (2008) dentro del marco secuencial: definición del problema, formulación, decisión, implementación y evaluación, podemos entender que las políticas públicas es el conjunto de respuestas que buscan cubrir las necesidades, y solucionar problemáticas que se presentan en la sociedad en los diferentes rubros de los que está compuesta a través de acciones concretas y se encuentran relacionadas con la

participación e interacción entre el gobierno y la ciudadanía, así como otros factores circunstanciales.

Asimismo, Roth afirma que la visión fragmentada del proceso ha permitido la realización de una gran cantidad de investigaciones, especializadas en una u otra etapa particular o en todo el ciclo. Sin embargo, enfocarse en sólo una etapa puede presentar una desventaja si se pierde de vista el proceso en su conjunto, por lo que hay que tener en consideración la estrecha relación que tienen entre ellas.

Es importante contemplar que las fases del ciclo son interdependientes, por lo que la modificación de cualquier de ellas afecta a las siguientes. Este ciclo concluye con un proceso de retroalimentación ya que la política pública no termina con la evaluación de resultados, sino que esto puede dar lugar a una nueva definición del problema que inició. (Delgado, 2009b)

A continuación, se presentan las principales ideas en torno a las fases del ciclo de las políticas públicas y su composición propuestas por Delgado (2009b), así como las actividades y actores de cada una por Roth (2008):

- 1) Identificación y definición de problemas: consiste en las actividades de detección y selección de cuestiones que el gobierno decide atender al identificar el problema u oportunidades en la sociedad.

Para la detección y selección de cuestiones públicas se recurre al concepto de agenda, que se distingue entre agenda sistémica y agenda política, institucional o de gobierno. La primera formada por las cuestiones que la comunidad política reconoce como asunto para atender y son competencia del gobierno. Por otro lado, la segunda

está formado por los asuntos que los decisores públicos han explícitamente aceptado a ser considerados.

Para lograr definir los problemas públicos significa que el problema ha sido reconocido como tal e incluido en la agenda gubernamental, y se reconoce por los actores interesados como un problema. Se convierte en objeto de exploración, articulación y cuantificación.

También, dependerá de la conexión del problema con la sociedad y los valores que predominen en ella, así como del poder de los actores que promuevan la incorporación en la agenda. Por último, la definición presenta dificultades debido a que no tienen una formulación definitiva y no suele haber criterios que establezcan cuando se ha llegado a la solución.

En esta fase, las actividades son los valores, acontecimientos, intereses, demandas y agenda pública, y los actores son los partidos, movimientos sociales, gremios, medios, políticos, administración pública, ONG, etc.

- 2) La formulación de las políticas: en primer lugar, se establecen las metas y objetivos por alcanzar. Los objetivos representan un elemento central en la acción pública ya que le dan un propósito y dirección a las políticas y programas de una organización. Aunado a lo anterior, también se incluye la detección y generación de alternativas para el logro de los objetivos, es decir, una lista de opciones de política pública que debe estar caracterizada de forma muy precisa.

Asimismo, después de definir las opciones se realiza la valoración y comparación de alternativas a través de algún tipo de técnica que permita facilitar la elección, una de las más conocidas es el análisis de coste-beneficio para facilitar la comparación entre las opciones.

En esta fase las actividades son la elaboración y valoración de respuestas, selección de criterios, y los actores son los parlamentos, gremios, administración pública, organizaciones políticas y sociales, ONG, etc.

- 3) La adopción de la decisión: únicamente los decisores públicos participan en esta fase ya que para que la política sea pública debe haber sido generada por medios gubernamentales y emanar de la autoridad.

Las actividades son encontrar una coalición mayoritaria y legitimación, y los actores son los parlamentos, presidente, ministro, gobernador, alcalde, etc.

- 4) La implantación de las políticas públicas: en esta fase las unidades administrativas correspondientes a la política pública adoptada movilizan sus recursos económicos y humanos para ponerla en marcha o ejecución,

En esta fase corresponde la secuencia programada de acciones que los actores deben realizar. Resulta un momento complejo debido al involucramiento de una multitud de actores quienes tienen sus propias perspectivas, actitudes e intereses, y el grado de compromiso puede variar. Las actividades van en función a la ejecución, gestión y efectos concretos, y los actores son la administración pública, ONG, empresa privada, etc.

- 5) La evaluación de las políticas: esta fase cierra en un primer momento el ciclo de la política pública y se dedica a determinar en qué medida se han logrado los objetivos y con ello puede retroalimentar cualquier fase del proceso.

Normalmente los programas derivados de políticas suelen ser la unidad de acción pública objeto de evaluación. En ese sentido, los programas se entienden como

el conjunto de actuaciones orientadas a la consecución de uno o varios objetivos y que consumen diversos tipos de recursos.

Las principales actividades son las reacciones, juicios sobre los efectos, medición, valoración, propuesta de reajuste, y los actores son los medios, expertos, administración pública, responsables políticos, organizaciones políticas y sociales, gremios afectados, ONG, etc.

1.3.3.1. Relevancia de la formulación de políticas

En el apartado anterior se expuso el ciclo de políticas para entender de manera general cómo esta herramienta aborda diferentes elementos que conforman desde la conceptualización del problema, la forma en que se abordará desde el gobierno y el seguimiento de los resultados que se esperan de ella. Sin embargo, en este segmento, se expondrá con mayor profundidad principalmente las primeras dos fases del ciclo que corresponden a: 1) la identificación y definición de problemas, y 2) la formulación de políticas.

Primeramente, se habla sobre la identificación y definición del problema cuando éste ha sido tomado en consideración por el propio gobierno, el cual se termina insertando dentro de la agenda que contempla realizar. En este sentido, es importante mencionar también que la capacidad de atención del gobierno es relativamente limitada, debido a que existe una gran variedad de problemáticas que debe atender. También, es importante destacar que la conceptualización del problema de una política pública se da a través de diferentes definiciones de los datos que se presentan, y un conjunto de circunstancias que lo constituyen. (Elder & Cobb, 1993)

En este sentido, Elder y Cob en Aguilar (1993) mencionan que las problemáticas de políticas son construcciones sociales que son reflejo de concepciones específicas de la realidad, y por ello, puede existir múltiples definiciones de sobre un mismo asunto, por lo que resulta importante este proceso que definirá la construcción y entendimiento de la problemática sobre la que se encuadrará la política y las decisiones posteriores, las cuales pueden afectar en la vida de las personas e influir en su interpretación de la realidad social.

Posteriormente, la fase de formulación se da una vez establecidos los límites y definiciones de la problemática que la política pública buscará atender, de esta manera, se determinarán los instrumentos que se utilizarán y las configuraciones específicas. En este sentido, la formulación consiste en dos procesos que están relacionados. El primero es sobre delimitar una parte de la legislación, mientras que el segundo es sobre la adopción formal. (Knill & Tosun, 2020)

Una de las sugerencias para crear políticas que brinda May en Aguilar (1993) es mantener el sentido realista de las posibilidades que pueden realizarse ante la problemática en cuestión, es decir conceptualizar las acciones viables dentro de la política, de tal manera que se identifiquen los factores que pueden ser manipulados y modificados para influir en uno o más aspectos del problema, así como identificar hasta qué punto se mantienen con estas dos características.

Siguiendo esta línea propuesta por May, posterior a realizar la conceptualización de las variables e intervenciones posibles de la política es necesario establecer acciones potenciales y estrategias competitivas. En este sentido Bardach (2001) afirma que para estas acciones es necesario establecer criterios para poder juzgar los resultados que se asocian con

ellas, asumiendo que estas deben estar orientadas a resolver la problemática en un grado aceptable.

Durante esta fase se toman las decisiones sobre lo que conformará el contenido de la política, por lo que es aquí donde se define, justifica y publica el conjunto de acciones que estarán orientadas a dar solución a un problema. Méndez (2020) presenta un conjunto de subetapas que se enmarcan en este momento de la política, que son:

- 1) Selección de alternativa y estrategia de ejecución.
- 2) Sondeo, negociación de la decisión y (en su caso) reformulación.
- 3) Legitimación, redacción y justificación legal de la decisión.
- 4) Presentación de la decisión o la política.

Con respecto a estas subetapas, Méndez (2020) enfatiza también que pueden ser de utilidad para guiar a los directivos a afrontar de mejor manera los procesos de decisión, sin embargo, insiste en que no existen recetas específicas para ello, ya que estos procesos son siempre particulares y complejos.

En suma, estas primeras fases del ciclo de políticas tienen una gran importancia debido a que construyen desde el propio entendimiento de los hacedores de políticas, el concepto del problema y sus implicaciones, lo que deriva en tomar decisiones para poder trazar una ruta viable hacia la resolución de este mismo a través de objetivos que guiarán las acciones.

Ante esta exposición, el abordaje que se realiza sobre la política de salud mental en México establecida en el Programa de Acción Específica de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024, se centra en estas dos primeras fases con la finalidad de comprender la conceptualización de la salud mental y de las problemáticas que se desarrollan en la sociedad desde la perspectiva del gobierno mexicano, y si reflejan congruencia dentro de su diseño,

así como en la proyección de su implementación y evaluación, lo cual brinde mayores posibilidades de alcanzar los objetivos que se articulan con las acciones que se plantean realizar.

En conclusión, este capítulo ha permitido detallar los principales conceptos que se emplean para conceptualizar la salud mental y sobre cómo se ha abordado en los asuntos públicos, así como resaltar su carácter prioritario para crear y fortalecer las políticas y programas que existen para brindar la atención a las problemáticas de la salud mental desde la acción gubernamental. En este sentido, el siguiente capítulo se expone una ruta histórica sobre el recorrido que ha tenido la salud mental desde su conceptualización hasta la evolución institucional dentro de los gobiernos, particularmente en México.

CAPÍTULO 2. DEVENIR DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DENTRO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO

Para entender la manera en la que se circunscribe la situación actual de la salud mental es pertinente realizar un breve recorrido histórico hacia los orígenes que dieron pie a los primeros abordajes y concepciones de los asuntos relacionados a la salud mental como la conocemos hoy, haciendo énfasis en aquellas diferencias en el pensamiento de la sociedad determinado por el contexto de la época en la que se sitúa. De esta manera, se podrá observar que el largo camino que ha tenido la salud mental en la historia de la sociedad ha determinado los alcances que hoy se pueden ver en el actuar de las sociedades y gobiernos ante las problemáticas que rodean este tema.

2.1. La perspectiva histórica de la salud mental en el mundo

Existen registros sobre el interés a la salud mental en las culturas antiguas que tuvieron lugar hace más de 5,000 años. El término “locura” es con lo que se referían para englobar todos los aspectos que se derivaban de la salud mental, en este caso los síntomas de los posibles trastornos mentales que se presentaban en las personas. Este concepto era entendido de manera general como la pérdida de la razón, así como en otras culturas más complejas la atribuían a entidades superiores como dioses, por el lado contrario en las más primitivas, a los seres espirituales demoniacos o fuerzas naturales, razón por la que se dio lugar a las “trepanaciones craneales” que consistían en perforaciones en el cráneo, con la idea de que de esta manera dejaría salir a los demonios que provocaban las enfermedades mentales. (Salaverry, 2012)

Hacia el siglo V a.C. inició una interpretación de carácter naturalista sobre las enfermedades mentales que se extendieron de la teoría humoralista, que interpretaba la salud

como un equilibrio entre cuatro fluidos o “humores” que conformaban el cuerpo humano: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema y la sangre. Por lo que se interpretaba que el desequilibrio en la composición humoral de algún órgano resultaba en algún problema de salud. Esta visión se confrontó contra la interpretación de la posesión demoniaca que se encontraba ampliamente difundida. (Salaverry, 2012)

Durante el siglo II d.C. Galeno sistematizó la medicina griega y a pesar de que no profundizó su obra en la salud mental, asumía su carácter natural. La tradición galénica clasificaba las enfermedades mentales en dos tipos: el primero es la manía, la cual es explicada como un exceso del humor sangre o de la bilis amarilla, y se manifiesta en alucinaciones o delusiones, y el segundo que es la melancolía, producida por el exceso de la bilis negra y manifestada como la depresión.

Posteriormente, en el imperio romano se mantuvo con la clasificación mencionada en el párrafo anterior, por lo que, a su vez desarrollaron las primeras manifestaciones de la salud pública bajo la forma del cuidado de la salud de los ciudadanos, siendo los primeros esbozos de lo que serán hospitales públicos, sin embargo, la enfermedad mental se siguió asumiendo como un tema de carácter íntimo que pertenecía al ámbito del hogar. (Salaverry, 2012)

En el año 313 d.C. se generaron conflictos entre el carácter naturalista de la ciencia y medicina grecorromana y la visión cristiana que enfatizaba la omnipotencia y omnipresencia divina, a raíz de la difusión del cristianismo y su oficialización a partir del decreto de Constantino, por lo que el dogma cristiano planteaba la eterna lucha entre el bien y el mal por el alma humana, resurgiendo entre los médicos cristianos la interpretación de la locura como posesión demoniaca. Es en este momento en el que surgen los primeros hospitales administrados por las matronas cristianas, la que representan la caridad y compasión con el

doliente, sin embargo, no estaban destinados a curar a los enfermos sino brindares apoyo espiritual y físico.

En esta joven sociedad cristiana, la enfermedad mental no era precisamente una dolencia, sino más bien, una forma de posesión sobrenatural o demoníaca, que debería ser trata por el sacerdote, así el cuidado de los enfermos se mantuvo en el ámbito doméstico y alejado del ámbito de la Salud Pública.

Con relación a la época medieval, Pileño et al. (2003), menciona que prácticamente los hospitales nacieron de la caridad cristiana y estaban organizados por dos tipos: aquellos que se encontraban en las ciudades, fundados por obispos y custodiados a instancia de los reyes, de la aristocracia del momento o de los municipios, y por otra lado, el segundo tipo que estaban localizados en las zonas rurales que eran dependencias de los monasterios, dirigidos por religiosos y únicamente se aportaba consuelo espiritual y cuidados enfermeros.

Esta época abundaba la pobreza, penuria e indigencia, por lo que estas condiciones podían llevar a la muerte, pero también a la locura, ya que implicaba soledad, rechazo social, impotencia y pérdida de autoestima, así es que los “locos” siempre aparecían sufriendo de tristeza y desesperación en su condición precaria. (Pileño Martínez et al., 2003)

En el año 1410 entró en funcionamiento el Hospital de Santa María o de Inocentes, el primer manicomio del mundo cristiano-occidental con el propósito de resolver una necesidad social. Este hospital obligaba a los internos a trabajar en granjas, jardín, limpieza y servicios cuando se trataba de hombres, en el caso de las mujeres se les asignaba tareas como coser, tejer o confeccionar vestidos. El objetivo era evitar la inactividad ya que se creía que la permanente ociosidad podría perturbarlos más, fomentando el vicio y los malos hábitos. Si tenían comportamientos desobedientes o se mostraban furiosos se ejercía la fuerza con

azotes, colocando grilletes o recurrían a encerrarlos en jaulas. Sin embargo, la fundación del primer manicomio supuso la cristalización de una nueva concepción social de la “locura”. (Pileño Martínez et al., 2003)

A finales de la Edad Media, alrededor del año 1511, se publica el ensayo “Elogio de la locura” por Erasmo de Rotterdam, el cual no es un tratado médico, pero refleja la interpretación intelectual renacentista de la locura, lo cual logra una influencia y mantiene la convicción anecdótica de la enfermedad mental. (Salaverry, 2012)

En 1526, en Europa, de acuerdo con Piñela et al., se consideraba que se debía excluir al loco de entre los pobres, para hallar acogimiento en el hospital, ya que era necesario desarrollar una medida de saneamiento que los pusiera fuera de circulación social. En esta época de la edad moderna, la imagen de la locura se encontraba más fácilmente en el paisaje cultural. La atención no se brindaba exclusivamente por médicos, sino que existían también sanadores o curanderos que poseían gran reconocimiento social. De esta manera, la escasez de médicos, la ineficiencia de la medicina y la superstición de la gente hacía aceptar la idea de lo divino, diabólico y mágico en la vida cotidiana.

En siglos posteriores, el mecanicismo ganó espacio en la interpretación médica a raíz de las doctrinas cartesianas donde se plantea la separación del hombre en un componente material y otro racional. Por lo que este dualismo prefigura el actual problema de mente y cuerpo, y tiene influencia directa con el lugar que ocupan las enfermedades mentales en la ciencia. Los médicos cartesianos exponen diversas respuestas, de las cuales surgen la neurología con Thomas Willis, y la interpretación sobre la actividad en el cerebro y la relación que tenía con “espíritus animales” como intermediarios entre el cuerpo y mente, los cuales podían llegar hasta los músculos y esto explicaba los extraños movimientos y acciones que

caracterizaban a los enfermos mentales, de esta manera la enfermedad se tornaba a ser de origen material (Salaverry, 2012).

En consecuencia, se reincorporó la “locura” entre las afecciones que podían ser tratadas por la medicina ya que subyacía de un desorden orgánico. Por lo que con esta interpretación somática y neurológica la enfermedad mental obtuvo nuevas denominaciones no derivadas de las formas de presentación de la enfermedad, sino del rango social de quien la padece, de forma que la melancolía se denominó *spleen* cuando quien la padece era de clase superior, y *lowness of spirit* para la clase trabajadora. (Salaverry, 2012)

Para finales del siglo XVII, se difundió la concepción neural de la enfermedad mental derivado de los trabajos de los grandes sistemáticos de la época como Boerhaave y Von Haller, éste último creador del término “fisiología”. La concepción popular de la locura estaba teñida de ideas mecanicistas, por lo que aún en una creencia más primitiva subyacía la visión naturalista y mecanicista de la locura, dejando parcialmente de lado la idea de posesiones demoniacas. Sin embargo, no implicó que la locura se considerara un problema de salud pública debido a su carácter no contagioso, limitada letalidad, por lo que se optó en ubicar a quienes no tienen capacidad para trabajar en el grupo de pobres y enfermos que deben estar bajo la protección o cuidado del gobierno local por incapacidad. (Salaverry, 2012)

Derivado de la difusión de las ideas de John Locke, el paradigma neurológico empezó a cambiar, ya que postulaba que la mente es como una hoja en blanco en la cual se generan ideas a partir de las sensaciones que provienen de los sentidos. Entre 1710 y 1790, William Cullen difundió esta interpretación sobre las enfermedades mentales, donde plantea que la locura era una inusual y apresurada asociación de ideas que daba lugar a juicios equivocados sobre la realidad y por consiguiente, a emociones desproporcionadas. En esa línea, Thomas

Arnold, elaboró una nueva taxonomía sobre la enfermedad mental, clasificándola en dos grupos, uno que incluía delusiones, la “locura nocional” y los que presentaban alucinaciones, la “locura ideática”. Ambas causadas por una relación entre las sensaciones y las ideas formadas a raíz de ellas (Salaverry, 2012).

En el siglo XVIII, figuras emblemáticas de la psiquiatría como Chiarugi y Pinel son recordados por iniciar un trato humano a los enfermos mentales, derivado de una teoría subyacente, que en el caso de Chiarugi es una reinterpretación de la clasificación de la locura hecha por Cullen y que estaba con relación a los humores. Este mismo autor, incorpora el componente “psicológico” a la enfermedad mental, los estados corporales tendrían una influencia en la mente a través de la actividad de los sentidos, y el sistema nervioso, lo que denominó como *sensorium commune*. En ese sentido, desechó el factor hereditario de la enfermedad mental y se enfocó en considerarla como algo adquirido. Lo que derivó en su principio terapéutico de ejercer influencias positivas a los sentidos y al sistema nervioso, pero estas medidas estaban basadas en el ejemplo y superioridad moral por lo que se encontraban vinculadas a sus particulares convicciones morales y religiosas. (Salaverry, 2012)

Por otro lado, Pinel también se orienta hacia el aspecto psicológico partiendo de la imposibilidad de encontrar alteraciones morfológicas en las necropsias de enfermos mentales. En su caso, enfatizó aspectos emocionales en los procesos terapéuticos, añadió a la clasificación de ese entonces la *Maine sans délire*, una forma de alteración mental sin deterioro de las funciones intelectuales. Es en este periodo donde se inicia una era de asilos en los que se logra identificar y conocer mejor las enfermedades neurológicas. Lo cual, a pesar de la gran carga negativa que tienen en la historia los asilos debido a las referencias de insanidad, maltratos, aislamiento, etc. La incorporación de la locura en estos espacios

representó un triunfo para los problemas de salud mental al asumirlos como un tema médico, y por consecuencia un asunto de salud pública.

Como se puede observar, desde el inicio de la humanidad ha sido identificada como un problema que se presenta en las personas de un grupo, comunidad o sociedad, y por consecuencia, han existido diversas interpretaciones que han motivado la implementación de intervenciones por parte de diferentes actores de acuerdo con la variación en la atribución que se le otorga en cada época. La discusión sobre sus causas, intervenciones por parte de las autoridades y los actores involucrados ha variado conforme el pensamiento social ha evolucionado.

La salud mental en su largo recorrido en la historia de la humanidad ha sido interpretada y atendida de diferentes maneras de acuerdo con las características de la época y las creencias que en su momento regían la forma en que las personas, sociedad y gobiernos se conducían dependiendo de igual forma de su situación geográfica. Y en términos generales desde un principio ha sido catalogada como algo negativo, difícil de atender, que correspondía a un aspecto privado de la persona y que respondía a otros elementos no relacionados con aspectos de la salud. Es por ello por lo que desde un principio ha estado rodeada de estigmas irracionales sobre los que se han construido los cimientos de los prejuicios que existen hoy en día, y la connotación negativa hacia lo que se denominaba “locura” a todo lo relacionado con la salud mental.

En tiempos más recientes al siglo XXI, las ideas entorno a la salud mental han variado, incluso el propio concepto ha tenido una evolución que se observa en los avances que ha tenido la materia durante el último siglo. Ya que de acuerdo con, Bertolote (2008) lo que hoy

comprendemos por salud mental tiene sus orígenes en el desarrollo de la salud pública, en la psiquiatría clínica y otras ramas.

En esta misma línea, el autor menciona que hasta el año 1946 fue que se encontraron referencias técnicas sobre el campo de salud mental como disciplina, ya que en ese año la International Health Conference, llevada a cabo en Nueva York decidió establecer la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se creó la Mental Health Association en Londres. Anterior a esta fecha, la salud mental se encuentra referenciada al término de “higiene mental”, el cual fue presentado por primera vez en 1843, y en 1849 ya había sido incluido el término “desarrollo mental y físico sano del ciudadano” como parte de los objetivos de la salud pública en un borrador de ley presentado en la Sociedad Berlinesa de Médicos y Cirujanos.

Para el año de la creación de la OMS, en 1948, se celebró el primero Congreso Internacional de Salud Mental en Londres, y en su segunda sesión en el año 1950 se definieron los términos de “salud mental” e “higiene mental” de la siguiente manera: “La higiene mental se refiere a todas las actividades técnicas que fomentan y mantienen la salud mental” y “la salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico”.

La higiene mental, es conocido como el antecedente de la salud mental, y de acuerdo con Bertolote, era un movimiento que se dedicaba primaria y básicamente a la mejora de la atención de las personas con trastornos mentales a principios de siglo XX, y posteriormente se enfocó más en la labor preventiva con la justificación de que resultaban más eficaces

atenderlos a principios de la vida, y también en las condiciones ambientales y la forma de vivir, ya que se reconocía que influyen en la salud mental de las personas. Por lo que en gran medida la labor del movimiento tuvo una naturaleza parapsiquiátrica y la inclusión de actividades preventivas.

Posteriormente, se centró más en la comunidad en global que en el paciente individual, y se consideraba cada miembro de la comunidad como un individuo cuya salud mental y emocional estaba determinada por factores causales definidos y cuya necesidad era la prevención más que la curación. Por lo que, en consecuencia, tiene la misma relación con la Psiquiatría la misma relación que con el movimiento de salud pública de la medicina en general.

En el Primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres en el año 1948, se inició como Conferencia Internacional de higiene mental, sin embargo, los conceptos de salud e higiene mental se utilizaban indistintamente sin especificaciones conceptuales claras. Al final del congreso el International Committee on Mental Hygiene fue reemplazado por la World Federation for Mental Health. Así, el término higiene mental se sustituyó gradualmente por salud mental. A pesar de que existieron tensiones en relación con el enfoque pragmático desarrollado por el movimiento de higiene mental y el enfoque con una orientación más política propuesto por otras participantes del congreso, prevaleció que el movimiento de higiene se convirtiera en uno de salud mental, movimiento básicamente político del cual surgió el Institute of Mental Health en 1949 en Estados Unidos.

Actualmente, según Bartolote, se sigue utilizando el concepto de salud mental para designar un estado, una dimensión de salud, así como para hacer referencia al movimiento

que estuvo derivado del movimiento de higiene mental, y corresponde a la aplicación de la Psiquiatría a grupos, comunidades y sociedades, más que a individuos aislados.

El contexto en el que se desarrollan los antecedentes de la salud mental en el siglo XX están influenciados por los eventos bélicos de gran escala que tuvo la Segunda Guerra Mundial, donde según con Desviat (2020), se puso en evidencia la desoladora situación en la que vivían los pacientes mentales ingresados en los hospitales psiquiátricos y la ineficiencia terapéutica de estas instituciones totales que llevo a la necesidad de reformar su atención. Lo anterior establecía razones de carácter ético como los derechos humanos y ciudadanos de los pacientes mentales que estaban ingresados en hospitales psiquiátricos procurando respetar la dignidad de las personas, así como razones técnicas para hacer frente a la enfermedad con eficiente atención terapéutica y social.

Posteriormente, entre los años 50's a los 70's fueron décadas del estado de bienestar, donde se procura asegurar de forma universal los servicios esenciales de sanidad, educación y prestaciones sociales. La cobertura universal sanitaria, extendida por Europa y Canadá, generó una forma nueva de ver la atención sanitaria, donde se incorporan actividades preventivas y de promoción de la salud y una epidemiología aplicada a las enfermedades no infecciosas, así como la noción de enfermedad y su tratamiento adquiere una noción más amplia que incluye la condición deseada para el bienestar de los individuos y las acciones necesarias para conseguirla.

A raíz de la fundación de la OMS y sus principios sobre Nueva Salud Pública (1974) y el desarrollo de la Atención Primaria (1978) se desarrolló los procesos de transformación de la reforma psiquiátrica, en donde el modelo asistencial es la salud mental comunitaria. Este desarrollo se dio de forma distinta dependiendo de las características del sistema de

salud y el papel de los hospitales psiquiátricos donde se enmarcan, como por ejemplo en Europa y Canadá que tenían un marco de política de cobertura pública universal o Estados Unidos con un estado neoliberal que abandona la sanidad al mercado. Con respecto al papel del hospital psiquiátrico existieron diferencias entre los países que, a pesar de tener el eje comunitario, mantuvieron más o menos modernizados, con los que consideraron necesario su cierre y completa sustitución por alternativas comunitarias.

En Estados Unidos, según lo expuesto con Devsiat (2020) un momento importante para la salud mental fue la promulgación de los centros de salud mental comunitarios en 1963 por el presidente John Kennedy, donde buscaba la prevención o diagnóstico de la enfermedad mental, la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y la rehabilitación de esas personas. El discurso de Kennedy suponía una clara denuncia de la asistencia llevada a cabo en Estados Unidos centrada exclusivamente en instituciones donde la muerte constituía la única esperanza firme de liberación. En ese sentido, de acuerdo con Caplan citado por Desviat, el discurso presidencial representó el comienzo de una revolución en la psiquiatría norteamericana, en cuanto rubricaba la prevención, tratamiento y rehabilitación del enfermo y la discapacidad mentales debían considerarse una responsabilidad comunitaria.

Conforme a lo anterior, se puede notar que los sucesos históricos de gran relevancia como la Segunda Guerra Mundial marcaron, de igual forma, una fuerte influencia en la salud mental de la población y de la dirección que tomaron las instituciones de gobierno con respecto a las problemáticas derivadas de la salud mental, que trazó de igual forma el desarrollo de la salud mental durante el siglo pasado hasta la actualidad.

2.2. La evolución institucional de la atención a la salud mental en México durante el siglo XX y XXI.

Con el propósito de conocer las particularidades que han acompañado el camino que ha recorrido la salud mental en México, se realiza una breve presentación de los sucesos más relevantes en la historia del país que han determinado la construcción de los elementos de la atención de la salud mental pública, tomando en consideración que México fue de los pioneros en América en la atención a las personas con algún padecimiento mental siendo el Hospital de San Hipólito y “La Castañeda” evidencia histórica de ello.

Como se menciona en el párrafo anterior, el caso de la salud mental en México tuvo un ligero adelanto con respecto a otros países de América ya que asumió custodias para las personas que padecían “demencia” y se encontraban mal alimentados y semidesnudos deambulando por las calles a través del Hospital de San Hipólito que fue fundado en el año 1566 por Bernardino Álvarez. Sin embargo, no tuvo una influencia sustancial en la situación general de las personas con esta condición (De la Fuente, 1988). De igual forma el Hospital del Divino Salvador en 1698, los cuales estuvieron en funcionamiento por más de 350 y 200 años respectivamente. Se destaca que algunas ciudades como Guadalajara, Monterrey, Orizaba y Mérida fundaron hospitales y asilos entre 1794 y 1906. (Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C., 2022)

Este hospital llamado “hospitales para dementes”, según lo expuesto con Gutiérrez (2021) se encontraba en donde hoy está la iglesia de San Judas Tadeo para los hombres, y la iglesia de Divino Salvador en la calle Donceles en la Ciudad de México, donde hoy en día es el archivo de la Secretaría de Salud, que estaba destinado a mujeres, y ambos funcionaban como centros de custodia.

Un dato importante, es sobre el surgimiento de estas instituciones a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, que tuvieron un carácter de servicio privado, como fue el sanatorio Rafael Lavista, en 1898 y la Casa de la Salud de San Juan de Dios en Jalisco en el año 1910. (Asociación Mexicana de Psiquiatría A.C., 2022)

En ese mismo año, poco antes de que se diera la Revolución mexicana, se dio un evento de gran importancia donde Porfirio Díaz, presidente de México en ese entonces, inauguró el Manicomio General “La Castañeda” que estaba ubicado en el sur de la Ciudad de México. Este lugar dio atención durante décadas de manera aislada y donde se considera se dieron los principios de la psiquiatría pública a pesar de la carencia de conocimientos científicos, terapéuticos de esa época, y que se asumía el deterioro mental como una consecuencia natural, inexorable y propia de la enfermedad mental. En este lugar se albergarían décadas más tarde a más de 3 mil enfermos. (J. R. De la Fuente & Heinze, 2014). Si bien este Manicomio General no representaba una política sanitaria dirigida a la enfermedad mental, si dio pie a que surgieran por iniciativa federales y locales, instituciones que puedan atender esta problemática que ya se visualizaba como tal en esa época.

De acuerdo con Gutiérrez (2021), el Manicomio General se construyó más o menos al mismo tiempo que otros parecidos en el resto de América Latina, y el modelo que se replicó fue principalmente el modelo francés de atención psiquiátrica, el cual imperaba hasta la Primera Guerra Mundial, cuando Estados Unidos empezó a ejercer la hegemonía médica y el paradigma psiquiátrico sufrió un cambio.

Unos años después, durante los años 20, se concretó la idea que la locura puede tener cura, lo que dio pie a que surgieran técnicas como la piroterapia para tratar la esquizofrenia,

la sífilis cerebral, la parálisis general progresiva, que se refiere a un método que consiste en el aumento de la temperatura corporal para combatir así su estado patológico.

Años más tarde, las instituciones privadas suplieron en gran medida al Estado en la función de cuidar a los enfermos mentales derivado de su deficiente atención, por lo cual el 1930 se inauguró el sanatorio Ramírez Moreno y Floresta, y posteriormente en 1942 se fundó el servicio de Psiquiatría del Hospital Español y más tarde la Clínica San Rafael. Dichos sanatorios también alquilaban o subrogaban camas para pacientes del IMSS, ISSSTE y PEMEX. (Asociación Mexicana de Psiquiatría A.C., 2022)

De igual forma, estas instituciones contribuyeron también a impulsar el desarrollo de la psiquiatría como una especialidad de la medicina en nuestro país, y predominó durante los 30 y 40 predominaron los choques eléctricos dentro de esta rama de la medicina, que posteriormente hubo una revolución con la aparición de los psicofármacos en los años 50.

En el año 1933 y 1952 la psiquiatría en México, en su escenario académico y científico, fue ocupado por una reducida generación de médicos que se hizo notar por su dedicación a los desórdenes mentales y neurológicos, y se dieron los primeros especialistas quienes iniciaron la asistencia propiamente médica de los enfermos mentales en los pocos centros asistenciales públicos y privados dedicados a su cuidado, instauraron la enseñanza formal de la neurología y la psiquiatría.

Un acontecimiento importante con relación a la salud mental, que en ese momento se observaba como un fenómeno separado, fue sobre las adicciones, cuando en 1940 el entonces presidente, Lázaro Cárdenas, promulgó el Reglamento Federal de Toxicomanías con el propósito de abatir al comercio ilegal y brindar atención médica a las personas con alguna adicción para recuperarse. A raíz de este Reglamento se dejó de perseguir como delitos la

distribución y el consumo de drogas se liberaron a presos encarcelados por este delito y hubo una disminución de arrestos, de igual forma se abrieron dispensarios donde los médicos podían recetar dosis controladas de drogas (marihuana, cocaína y heroína), como tratamiento para retirar el consumo adictivo, pasando de un rol de criminal a uno de paciente enfermo. De igual forma el costo de la droga disminuyó al estar a cargo del Estado lo que provocó que el mercado ilegal tuviera una caída. Sin embargo, por presiones de Estados Unidos, al corto tiempo se retiró esta medida y se regresó a las normas punitivas preestablecidas

Para el año 1948, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Español, primer servicio abierto de psiquiatría en un hospital general se convirtió en el sitio principal de enlace entre la psiquiatría y la medicina. Años después, en el 1952, se separaron los programas de enseñanza de la neurología y de la psiquiatría lo que facilitó el desarrollo de la psiquiatría como una disciplina independiente.

Durante la década comprendida entre los años 1940 y 1950 se crearon hospitales del sector público y de la seguridad social, de igual forma los primeros esquemas institucionales de atención para problemas de salud mental en la población mexicana en centros de la Secretaría de Salud (SSA) y en clínicas del IMSS y del ISSSTE.

Otro desarrollo importante que se dio fue en la iniciativa de Alfonso Millán al crear el Departamento de Psicología Médica y Salud Mental en la Escuela de Medicina en el año de 1955, lo que significó un reconocimiento académico de que los datos, conceptos y métodos psicológicos son necesarios para la formación general del médico.

En el año de 1959 se creó la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, lo que representaba un avance en materia de salud mental por parte del gobierno federal, donde buscaba que la aplicación de

recursos que se disponían para este fin se aplicara de manera coordinada, de esta manera generaron nuevos programas para la atención. Un ejemplo de los proyectos que surgieron a raíz de esta Dirección fue el de “Servicios de Higiene Mental”, que se implementaron en algunos Centros de Salud de la ciudad de México, y estaban orientados a la prevención y al primer contacto para atender los problemas. Se conformaban por un psiquiatra, psicólogo y un trabajador social, que con el recurso público se atendía la educación preventiva, principalmente en las infancias. Sin embargo, esta iniciativa no se generalizó al resto del país.

En 1964 existían 24 hospitales psiquiátricos públicos en el país, 1 de ellos correspondía al IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social), 6 a los gobiernos estatales, y los restantes a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Unos años más tarde, entraron en funciones el hospital “Fray Bernardino Álvarez” para adultos, y “Juan N. Navarro” para niños y adolescentes, que sustituyeron al “Manicomio La Castañeda” que había sido clausurado.

Durante este periodo comprendido entre los 60's y 70's se estableció una red de hospitales de los cuales entre ellos había hospitales-granja, en sustitución al abarrotado Manicomio General. Por otro lado, también existieron nuevas instalaciones, alejadas de los centros médicos y mal distribuidas en el país, pero que representaron un paso hacia adelante. Sin embargo, no contaron con recursos económicos apropiados, pero que si bien en el caso del hospital “Fray Bernardino Álvarez” y “Juan N. Navarro”, la asistencia alcanzó niveles aceptables.

Al crecer la atención y el interés hacia la salud mental, en 1971 la Dirección se limita a la psiquiatría y a la salud mental, cambiando su nombre en “Dirección General de Salud Mental” que lo acompañó con sus funciones de carácter operativo, principalmente en la administración de los recursos financieros para la funcionalidad de los hospitales

psiquiátricos que pertenecían a la Secretaría de Salud en todo el país, así como en su regulación y normatividad.

En el ámbito académico, se presenta en 1977, el entonces Centro de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), que posteriormente se convertiría en el año de 1979 en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, el cual asumió un importante rol en el desarrollo de la investigación científica de la psiquiatría y la salud mental en México.

Asimismo, este Instituto actualmente también forma personal especializado e investigadores en el campo a través de programas de especialización, maestría y doctorado. Al mismo tiempo, desde el sector público se trabaja en organizar estos servicios de salud a lo largo del país, lo que dio pie a la creación de las Jefaturas de Servicios Coordinados en cada Estado, las cuales agrupaban a los servicios de salud a población abierta, entre ellos los hospitales psiquiátricos de la federación.

Dicho Instituto tuvo una gran importancia en el avance en la investigación sobre salud mental ya que en su primera etapa se fortaleció a la psiquiatría biológica, manteniendo su vocación humanista y la perspectiva social, con la finalidad de que los resultados derivados de estos esfuerzos permitieran generar soluciones adecuadas, abordando los desórdenes del pensamiento, el afecto y la conducta sin perder de vista la dimensión social.

Derivado de las Jefaturas Estatales que se mencionan anteriormente, en 1981, la Dirección General de Salud Mental disminuye sus recursos y facultades, lo que la lleva a convertirse en una instancia de carácter exclusivamente normativo como Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación. Aquí, se da la primera norma técnica para la prestación de servicios, que a su vez explora las labores de inducción, diseño

de programas y almacenamiento de información sobre los procesos de atención, coordinación y apoyo técnico, particularmente de hospitales psiquiátricos.

Al paso de esta década surgen las primeras respuestas de la sociedad organizada con relación a los derechos de los enfermos y la violencia sistemática que los ha acompañado a lo largo de la historia como sector vulnerado por estigmas y falta de sensibilidad ante las condiciones que presentan en algunos casos. De igual forma, el consumo de drogas empieza a tomar una notoria importancia sobre la influencia en la salud mental de la población que las consume y de la seguridad pública para la población en general, lo que lleva a la Secretaría a plantear nuevos esquemas a través de sus programas enfocándose en la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo. Lo anterior provocó que en 1986 surgiera el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) para garantizar la operación de dicho programa y convertirse en el órgano rector en la materia de adicciones, así como dictar las políticas públicas sobre este tema.

Fue en el año 1984 cuando se formalizó en las normas jurídicas mexicanas el acceso a la salud de todos los ciudadanos a través de la promulgación de la Ley General de Salud en donde incluyó un capítulo dedicado a la salud mental, considerando los factores que la afectan, sus causas, aspectos relacionados, así como establecer la importancia de su promoción y atención. (Diario Oficial de la Federación, 1984)

En el año de 1995 se reactiva la Dirección General de Salud Mental, que resultó de la fusión de la Dirección de Normas de Salud Mental con la oficina operativa del CONADIC, y se propone un programa nacional de salud mental, el cual no llega a concretarse. Al mismo tiempo, la dirección desarrolla la Norma Oficial Mexicana para la atención psiquiátrica hospitalaria. Un año después se reactiva la operación de forma autónoma del CONADIC y

en 1997 se crea la Coordinación de Salud Mental (CORSAME). A raíz de esto se destaca que existió un interés por la mejora de las condiciones en las que operaban los servicios especializados en los hospitales psiquiátricos del país a través de apoyo financiero, asesoría y coordinación.

La llegada del nuevo milenio tuvo un gran impacto en el desarrollo de la sociedad derivado de los avances tecnológicos y científicos que se dieron a raíz de la globalización y los cambios democráticos que dieron lugar en diferentes partes del mundo. En el caso mexicano, durante los años 2000 se dio la alternancia política por primera vez en el país, lo que dio pie a una mayor democratización de la vida política mexicana.

En ese sentido, la visión de gobierno se convirtió en una de mayor alcance debido a las relaciones con los organismos internacionales que se fueron gestando durante el siglo anterior posterior a los sucesos como la Segunda Guerra Mundial. La más importante con relación a los asuntos de salud es la Organización Mundial de la Salud la cual cobró mayor relevancia en la coordinación de acciones por la salud a nivel mundial. Por lo cual la toma de decisiones se fue tornando hacia una institucionalización internacional siguiendo parámetros que dichas organizaciones comenzaron por difundir entre los países miembros y de esta manera adoptarlas en sus políticas de gobierno.

Precisamente en el año 2000, la CORSAME cambió su denominación a Servicios de Salud Mental en donde estuvo a cargo de tres hospitales psiquiátricos que fueron “Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, así como tres Centros Comunitarios de Salud Mental: “Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”. De igual forma, durante este año se cambió el nombre al Instituto Mexicano de Psiquiatría por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en honor a su fundador.

En el 2001, época donde recién comenzaba la administración encabezada por Vicente Fox Quezada, se publicó el Programa Nacional de Salud 2000 – 2006, el entonces secretario de salud, el Dr. Julio Frenk Mora, afirmó que los temas de salud mental y adicciones tendrían un papel prioritario para su atención, así como su fundamentación en que este asunto resaltaba en la importancia que se le había otorgado por parte de organismos internacionales como la OMS, donde exhortaba a los países miembros a poner los esfuerzos gubernamentales en generar mejores condiciones para las personas con estos padecimientos de la salud mental.

Derivado de lo anterior se oficializó el Programa de Acción en Salud Mental que involucró a diversas instancias en las que destacan el Consejo Nacional contra las Adicciones y la Dirección de los Servicios de Salud Mental. Dentro de este documento institucional, el Dr. Frenk afirmaba la importancia que tenía la ampliación de la visión de la política de salud hacia una en donde se hiciera partícipes al sector educativo, laboral, de desarrollo e integración social y a la sociedad en general, en los ámbitos federales, estatales y municipales, buscando una descentralización para la distribución equitativa de recursos que permitan coordinar la constitución de un modelo integral de atención a la salud.

Por otro lado los Servicios de Atención Psiquiátrica se crearon en el 2004, como un órgano desconcentrado a cargo de las seis unidades mencionadas, donde también tuvo lugar la creación del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones (STCONSAMA) con la finalidad de instrumentar las acciones de salud mental a nivel federal, y fue creado como el organismo destinado a dictar el contenido de las políticas públicas y estrategias nacionales en materia de salud mental, así como la planeación, supervisión y evaluación de los servicios.

Conforme al cambio de administración del Poder Ejecutivo en el 2006, se da la nueva administración bajo el mando de Felipe Calderón Hinojosa en la cual durante el 2007 se presenta un nuevo programa de gobierno para la ejecución de las políticas de salud, en él se establece como un eje el del fortalecimiento del Sistema Nacional de Atención en Salud Mental, en donde se plantea la necesidad de desarrollar nuevos modelos de atención en el nivel ambulatorio y hospitalario. Así como la afirmación de la necesidad de mayor recurso para ello, la formación de personal especializado y el diseño de fórmulas que favorezcan a la participación de la población para la detección y apoyo de las personas afectadas.

En esta misma línea, el objetivo de la estrategia orientada a la salud mental, que se estableció en el programa de salud se centró en la integración de una red nacional de salud mental, la reorganización de la atención mental, la implantación de estructuras hospitalarias y villas de transición hospitalaria, la creación de programas para la rehabilitación psico-social e incorporar al catálogo de servicios de salud las intervenciones que requieran los servicios de salud mental.

En continuación con la cronología de la administración federal, se presenta el Programa de Acción Específico en Atención Psiquiátrica que corresponde al gobierno que dirigió Enrique Peña Nieto. En este programa se expone la necesidad de que el derecho a la protección de la salud se traduzca en una vida saludable y de calidad para las y los mexicanos, orientando su acción hacia el ejercicio efectivo de los derechos sociales, con la finalidad de disminuir la brecha de desigualdad y promover la participación social.

Para la coordinación de las acciones establecidas en el programa se contó con la participación de algunas instancias que vale la pena resaltar como la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, la Comisión

Nacional Contra las Adicciones, la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y los Servicios de Atención Psiquiátrica.

Destaca que en lo que plantea el programa realizan un énfasis en una necesidad de cambiar el paradigma en la prestación de servicios del modelo hospitalario para transformarse en un modelo comunitario, impulsar la inversión de recursos y consolidar una atención apegada a los derechos humanos, así como efectivas, integrales, continuas y de calidad.

En el gobierno federal actual, que dio inicio en el 2018 con Andrés Manuel López Obrador, representó un acontecimiento importante, similar al del principio del siglo XX, debido a que se inició una nueva alternancia con un tercer partido que toma, por primera vez, el mando del ejecutivo. Lo anterior, también toma cierta relevancia por el contenido del discurso crítico a las políticas públicas que se habían desarrollado desde los años 90's, asumiéndose en un paradigma distinto al de la política tradicional, por lo que en consecuencia la acción política que se presentarían durante este sexenio se revelaría como una nueva política innovadora en todos sus sentidos, incluyendo la salud mental pública.

En el año 2020 se presentó el actual programa de salud mental denominado Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020 – 2024 en el cual plantea que: “es congruente con la política del Gobierno Federal tendiente a construir una propuesta posneoliberal que sea capaz de convertirse en un modelo viable de desarrollo económico, ordenamiento político y convivencia entre los sectores sociales. Incorporando un sentido de justicia social.”

En él se plantean tres objetivos prioritarios: el primero se desarrolla en función de la consolidación de la rectoría en salud mental y adicciones dentro del modelo de atención primaria de salud integral, con un enfoque comunitario, intercultural, de derechos humanos, perspectiva de género y sensible al ciclo de la vida; el segundo, sobre la ampliación de servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud; y por último, la garantía del acceso de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.

Este último programa correspondiente a la actual administración gubernamental federal es el objeto de análisis de esta investigación, por lo cual se revisará con escrutinio en los capítulos 3 y 4, tomando en consideración su composición institucional, pero de igual forma se procurará señalar algunos elementos del contexto social actual que se encuentran relacionados con su estructuración y la evidencia empírica que existe sobre el comportamiento gubernamental posterior a la publicación de dicho documento.

Finalmente, la evolución que han tenido las instituciones durante los últimos siglos ha determinado en gran medida el avance de la problemática de la falta de atención en la salud mental, siendo evidente el reciente incremento en los esfuerzos a partir de los años 2000, lo cual puede deberse a los organismos internacionales que han influido, así como el avance científico en la materia, y los cuales se pueden observar de igual forma el nivel de importancia que se le ha otorgado dentro del marco jurídico mexicano como se verá en el siguiente capítulo, así como la situación del estado actual en México.

Figura 1.

Resumen de la evolución institucional para la atención de la salud mental en México.



Fuente: elaboración propia

2.3. El marco jurídico y estado actual de la salud mental en México.

En lo que corresponde a la normatividad jurídica, la salud mental tiene su raíz en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CEPEUM), en donde se señala 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, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución”.

Este derecho se encuentra reglamentado en la Ley General de Salud, en su artículo 2º donde menciona que “el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades...”, así como en el Artículo 3º en su Fracción VI que dice: “en los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: I...II...III...IV...V... VI. La salud mental”. Asimismo, en su artículo 27º Fracción VI, se establece que: “Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I...II...III...IV...V...VI. La salud mental.”

En la Ley General de Salud, se contempla desde su creación en 1984, el Capítulo VII que es específicamente dirigido a los asuntos de Salud Mental, compuesto por los artículos 72, 73, 74, 75, 76 y 77, en donde se describe las condiciones en las que los servicios deben ser prestados. Y se destaca que la salud mental y la prevención a las adicciones tienen un carácter prioritario en las políticas de salud, en donde el Estado deberá garantizar los derechos humanos, el acceso universal, igualitario y equitativo a la población mexicana. Específicamente en los artículos 72 y 73 se exponen las condiciones explícitas de los elementos que podrían ser incorporados en los niveles de planeación educativa y los sistemas de salud. En estos artículos se menciona los aspectos acerca de la promoción de la salud mental en los contextos educativos, socioculturales y su difusión.

En el artículo 72 se establece la definición de salud mental para los términos de la Ley, la cual la define como: “estado de bienestar físico, mental, emocional y social determinado por la interacción del individuo con la sociedad y vinculado al ejercicio pleno de los derechos humanos; y por adicción a la enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación”.

En el 2022 se aprobaron una serie de reformas a la Ley General de Salud en materia de salud mental, en donde se modificaron, derogaron y adicionaron artículos. En ellos destaca

el énfasis para fortalecer los derechos que tienen las personas usuarias de los servicios de salud mental, en torno a la calidad de atención, mecanismos de apoyo para la toma de decisiones, consentimiento informado, no ser sometida a medidas de aislamiento, a recibir atención en su comunidad o lo más cerca, entre otros aspectos

Por otro lado, también destaca la búsqueda de transitar al modelo comunitario y de atención en primer nivel por lo que establece que no se deberán construir más hospitales monoespecializados en psiquiatría; y los actuales deberán convertirse en centros ambulatorios u hospitales generales dentro de la red integrada de servicios de salud.

En el caso específico del estado actual de la salud mental en México, ha sufrido impactos, como en muchos países, derivado de las consecuencias que implicó la pandemia por la COVID-19 en sus momentos de mayor crisis entre el 2020 y 2021, por lo que ha dejado un nuevo escenario que permitió figurar las carencias en el sistema de salud en materia de salud mental que, si bien ya existían, ahora resultan más visibles por la severidad que han alcanzado.

En el 2020, el INEGI registró que México cuenta con una población aproximada de 127.7 millones de los cuales el 51% corresponden al sexo femenino y 49% al sexo masculino. Esta cifra representa 3 millones más que en el 2018. En esta misma línea, el 45% de la población total cuentan con derechohabencia de la seguridad social y el 54.5% sin este beneficio, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud.

Con relación a la prevalencia de los trastornos mentales y adicciones, se estima que la prevalencia anual es de casi una quinta parte de la población total. Sin embargo, se resalta que el 33.9% pueden ser trastornos leves, el 40.5% moderados y el 25.7% trastornos graves o severos. Entre los trastornos más frecuentes se encuentran la depresión (5.3%), trastorno

por consumo de alcohol (3.3%) y trastorno obsesivo compulsivo (2.5%). Es importante señalar que, existe una brecha de atención o tratamiento respecto al tiempo en el que una persona tarda en presentar los síntomas del trastorno y recibir la atención apropiada, por lo que en promedio el 81.4% de las personas no reciben esta atención, y el trastorno de ansiedad es el que presenta mayor brecha con un 75.9%, seguido de la fobia social con el 83.7%, el abuso de alcohol con 76.6% y la depresión con 73.9%.

Las defunciones a causa del suicidio han tenido un incremento consecutivo desde el 2017, cuando se registraron 6,559 suicidios, a diferencia de los últimos datos reportados en el 2021, con un total de 8,447. De igual forma, se ha registrado una mayor tendencia en hombres que en mujeres, y ha sido en su mayoría por vía de ahorcamiento o sofocación. En la perspectiva local, Yucatán, Aguascalientes, Campeche, Coahuila y Querétaro se sitúan como los estados con mayor porcentaje de suicidios registrados durante el 2021.

Actualmente se cuenta con 434 establecimientos que se encargan de atender la salud mental y adicciones, que corresponden a la Secretaría de Salud Federal y Estatales del país. Esta cifra representa una reducción de 8 establecimientos menos debido a que estos se encuentran fuera de servicio por daños estructurales, traslado de establecimiento o por falta de personal. Estos establecimientos se clasifican en Centros de Atención Primaria de las Adicciones -CAPA- (335), Centros Integrales de Salud Mental -CISAME- (65) y hospitales psiquiátricos (34).

Dichos establecimientos se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 29.5% en Región Centro (Ciudad de México, Estado de México, Hidalgo, Guanajuato, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala), 25.6% en Región Norte (Aguascalientes, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas), 24.4% en

Occidente (Baja California, Baja California Sur, Colima, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Sinaloa y Sonora) y el 20.5% en Región Sureste (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán).

De igual forma, en el país existen 15, 637 establecimientos para atención primaria o consulta externa, de los cuales sólo el 2.7% brindan atención de salud mental y adicciones, por lo que los hospitales psiquiátricos representan el 4.1% del total de hospitales. Ante esto, se refleja una reducida disponibilidad de este tipo de establecimientos y una insuficiente infraestructura para la atención que ha sido centralizada en los hospitales psiquiátricos, generalmente aislado de las demás unidades del sistema de salud donde existe poca referencia y contrarreferencia formal de pacientes.

En lo que corresponde al personal de salud mental y adicciones se estima que, del total de 14, 970 trabajadores de este rubro, el 75.7% trabaja en hospitales psiquiátricos, el 14.7% en CAPA y el resto 9.7% en CISAME. Este total representa un 3.1% del personal total de las Secretarías de Salud Federal y Estatales. Asimismo, el personal se concentra en su mayoría en la Región Centro con un 43.7% del total del personal, un 28.8% en la Región Norte, el 17.9% en la Región Occidente y el 16.6% en la Región Sureste.

De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud, en el 2020, se registraron un total de 7,451 egresos en los CAPAS, Hospitales Generales y de Especialidad, con diagnósticos de trastornos mentales y adicciones, un 35% menos que el año anterior, los cuales se concentraron en un 48.7% en la Región Centro, un 30.9% en la Región Sureste, 12.9% en la Región Occidente y 7.5% en la Región Norte. Asimismo, éstos fueron derivados de grupos diagnósticos que corresponden a un 56.6% por trastornos de sustancias, 11.3% a trastornos afectivos, 17.1% a trastornos neuróticos somatomorfos, 4.8% a trastornos de esquizofrenia,

esquizotípico e ideas delirantes, 4.7% a trastornos mentales orgánicos, 1.9% a trastornos asociados a disfunciones fisiológicas, 1.1% a trastornos del desarrollo psicológico, 0.9% a trastornos de la personalidad, 0.6% a Retraso Mental, 0.3% a trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia, y 0.2% por trastornos mentales no especificados. Por lo que la primera causa de internamiento fue por consumo de sustancias, que junto con los trastornos neuróticos, somatomorfos y afectivos representan el 85.3% de los egresos.

Por otro lado, los hospitales psiquiátricos se registraron 13, 534 egresos, distribuidos en un 32.6% en Región Centro, 31.2% en Región Norte, 23.8% en Región Occidente y 12.4% en la Región Sureste. En ese sentido, los grupos diagnóstico de egreso fueron en un 28.9% por trastorno de esquizofrenia, esquizotípico e ideas delirantes, 32.5% por trastornos afectivos, 20.7% trastornos derivados del consumo de sustancias, 5.6% trastornos mentales orgánicos, y un 5.2% trastornos de la personalidad.

Siguiendo esta línea, la Secretaría de Salud concluye que se espera que la población tenga una prevalencia anual de alrededor de 19.9% de personas con algún trastorno mental y adicciones, y que cerca del 5% de la población presentará un trastorno severo que requerirá atención, resaltando la brecha que existe para recibir la atención adecuada. Retomando los trastornos de mayor frecuencia, se hace énfasis en que son la depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de pánico y trastornos obsesivo compulsivo, y que una cuarta parte de estos transitarán hacia la severidad, derivado de la brecha de atención mencionada.

Asimismo, afirma que son insuficientes los recursos disponibles para la salud mental y cuentan con una mala distribución entre las regiones del país, ya que estos servicios representan solamente el 2.7% de los centros de atención primaria, 4.7% de los consultorios y 6.5% de las camas censables. Por otra parte, el personal que se dispone para atender la

salud mental es del 3.1% del total de los trabajadores de salud, que son el 1.8% de los médicos especialistas, 6.5% de las enfermeras y 3.7% de los residentes de especialidades médicas.

La distribución del personal por 100,000 habitantes en América se registra que existen 4.4% psiquiatras en México y en América el 12%, que significa 7.5% menos; psicólogos un 14.5% y en América 47%, con diferencia de 32.5%; enfermeras un 27.5% y en América 43%, con diferencia de 6.5%; trabajadores sociales 6% y en América 3.6%, lo que existe diferencia en mayoría con un 2.4%; personal paramédico 7.3% y en América 3.4%, teniendo una cifra mayor por 3.9%. Por lo anterior, se concluye que en México se dispone de menor personal de psiquiatría, enfermería, psicología y trabajo social que en América.

En conclusión, teniendo en cuenta lo expuesto con anterioridad, se observa que la idea que ha existido entorno de la salud mental a lo largo de la historia de la humanidad ha evolucionado conforme el tiempo, y los avances científicos que se generan dentro de la sociedad, así como los aspectos culturales de acuerdo con la parte del mundo de la que se hable. Esto, ha influenciado en lo que hoy conocemos y entendemos como salud mental, y en consecuencia los lineamientos que se han establecido en el marco jurídico de México.

Asimismo, se observa que, a pesar de los avances la situación de la salud mental en el país, prevalecen los trastornos de salud, así como la falta de estructura para su atención, programas, políticas, personal, entre otras cosas, siendo diferentes circunstancias de acuerdo con la región del país. Por lo que, con esta información permite anticipar la base sobre la que se construye el programa a analizar en los capítulos siguientes.

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LA FORMULACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES, 2020 – 2024.

El análisis que se presenta en este trabajo estará conformado por dos partes divididas en este capítulo 3 y el capítulo 4. En el primero, se establecen los aspectos metodológicos que se emplearán durante la investigación con relación al programa, y la exposición de estos conforme a lo correspondiente a la construcción del problema y formulación, donde al final se concluye con una discusión sobre lo más destacado para tener en consideración.

3.1. Metodología.

En este apartado se establecen los elementos que se emplearon para analizar el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024, en el marco del Análisis de Política Pública, del cual, en este caso se centra en las fases de la identificación y definición del problema, y en la formulación y diseño del programa. Aunque también se realizan aproximaciones, con la información disponible, de algunos elementos de la implementación y evaluación inserta en el diseño, sin embargo, no corresponde propiamente a un análisis de las fases de implementación y de evaluación.

Siguiendo este razonamiento a continuación se optó por recuperar los trabajos de diversos autores del Análisis de Política Pública y el ciclo de política, para adaptarlas al análisis propio del programa, tomando en consideración las limitantes en la información oficial del programa a analizar, y elementos que dificultan la claridad de su estado actual y seguimiento, por lo que se adoptó una visión heurística pero que se fundamenta en las teorías del análisis de política pública. Interpretando la visión heurística de acuerdo con lo que define la RAE, como aquella en la que la metodología no es tan rigurosa y se establecen acciones empíricas para indagar y llegar al descubrimiento.

A continuación, se expone las ideas sobre políticas de los autores mencionados con anterioridad:

En primer lugar, es importante recalcar que la política pública como objeto de estudio, se distingue entre fuentes de sentido, puede ser proveniente de la Constitución, leyes o de los programas explícitos, todo lo que produce el Estado en función de atenderla, sin embargo, la definición que dan estas fuentes, y que emplean los actores involucrados no siempre tiene un alto grado de precisión y utilidad para el proceso político de la definición que da una ley y órgano del Estado.

En esta línea, se considera que pocos problemas públicos existen de forma objetiva, y que resulta importante comprender que un asunto social no es un problema público hasta que se convierta en ello, y para eso es necesario que alguien lo convierta en uno claramente identificado, esto deriva de la construcción previa a través de la retórica, con lo que se tiene que intervenir un razonamiento causal que demuestre y convenza a la mayoría de que dicho asunto representa una problemática y que es originado por causas humanas. Es por lo que se insiste en fortalecer el análisis de la naturaleza de una política, ya que no hay una postura neutral ni objetiva y todas son discutibles. Es decir que, lo más objetivo que se puede lograr es una discusión entre posturas subjetivas. (Fontaine, 2017; Harguindéguy, 2013)

Una vez que se construye el problema que se tiene por objeto atender, es importante destacar la formulación y diseño que tendrá la política pública para atenderlo desde el marco interpretativo que lo conforma. Para la inscripción en la agenda, Harguindéguy (2013) citando a Downs, menciona que la atención del público es un elemento que influye en gran medida, ya que la capacidad de atención del público es limitada y normalmente no están tan

informados sobre eventos posteriores a la fase de problematización, lo cual va cambiando la opinión pública constantemente.

Otro aspecto importante en la agenda política son los actores que actúan de forma intencionada para orientar que un gobierno trate, o no, un problema público. Entre ellos puede ser burócratas con poder de presión dentro del sistema político, científicos con nuevos descubrimientos, políticos que imponen temas, grupo de presión con recursos financieros, movimientos sociales y periodistas, entre otros. (Harguindéguy, 2013)

De acuerdo con Méndez en Aguilar (2012), y que se muestra en la Figura 2, la política debiera contar con al menos los siguientes elementos básicos: 1) el problema, 2) el diagnóstico, 3) la solución, 4) la estrategia, 5) los recursos y 6) la ejecución. De los cuales afirma que las políticas se relacionan con la percepción de un problema denominado público, lo que sirve como referencia y fuente originaria de donde se establece la dirección de la política. Asimismo, las políticas implican un diagnóstico de cuando menos algunas de las causas del problema y algunas medidas que pudieran resolverlo.

Figura 2.

Elementos básicos para la política.



Fuente: Elaboración propia a partir de Méndez (2020) Políticas Públicas. Enfoque estratégico para América Latina.

De esta manera, Méndez, menciona que el diagnóstico se encuentra vinculado con otros dos de los elementos ya mencionados que son la solución y las estrategias. Así, tales

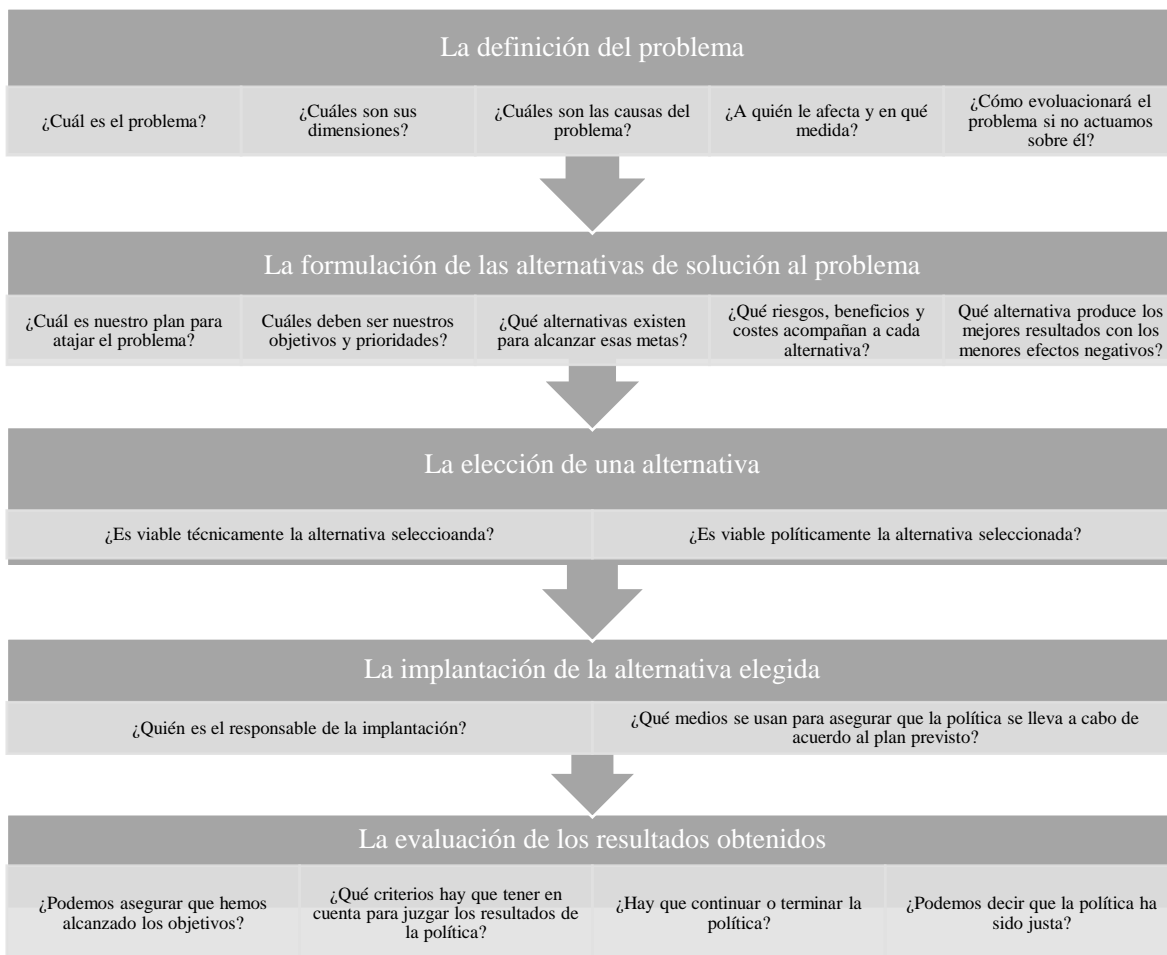
políticas implican uno o varios objetivos generales que se presentan como la solución del problema, seguido de una estrategia o programa de acción dirigido para alcanzar dichos objetivos generales. Derivadas de estos últimos, surgen las estrategias, que se constituyen por una serie de acciones vinculadas y generalmente organizadas en un orden temporal. También resulta fundamental la disposición de ciertos recursos que puedan llevar a cabo estas acciones propuestas en la estrategia.

Expuestas dichas fases del ciclo de políticas es necesario reiterar que, para fines de esta investigación, únicamente se revisarán los rubros en el diseño que inciden en las fases de la implementación y evaluación, es decir, los elementos que se proyectan a partir del diseño y que influirán posteriormente en dichas fases.

Por último, para poder obtener mayor claridad sobre el abordaje que se da a través del análisis de acuerdo con cada fase de la política pública, se recupera en la Figura 3, lo expuesto por Tamayo (1997), donde establece una serie de cuestionamientos que orientan los esfuerzos cognitivos para consolidar la vinculación hacia lo que busca aproximarse dentro del ejercicio analítico de las políticas públicas y que han servido para orientar el análisis de esta investigación:

Figura 3.

Relación entre las fases de las políticas y las preguntas para el análisis.



Fuente: Elaboración propia a partir de Tamayo (1997) El Análisis de las Políticas Públicas. p.285

3.1.1. Contenido del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024 empleado para el análisis.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, este capítulo tiene como propósito analizar a través del enfoque de políticas públicas, el PAE de Salud Mental y Adicciones 2020 – 2024 elaborado por el Poder Ejecutivo Federal. Para ello se empleará el ciclo de

políticas que contempla las fases de la formulación del problema, el diseño, la implementación y evaluación de resultados con la finalidad de tener mayor claridad en la revisión de los elementos conceptuales que las integran.

En este capítulo, se centra sobre la formulación y diseño con el que se encuentra compuesto este programa. Principalmente lo relacionado con la definición del problema, la estructura del programa, los objetivos, misión, visión, estrategias, acciones y políticas transversales que se desprenden de estos en materia de salud mental. Posteriormente, en el capítulo 4, se abordará con mayor detenimiento lo relacionado con la proyección de implementación y evaluación en la formulación del programa.

Es por lo anterior, que a continuación se presenta un esquema (Figura 4) sobre los puntos que se abordan del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024, de acuerdo con la fase del ciclo de políticas y el apartado dentro del programa, con la finalidad de facilitar su comprensión:

Figura 4.

Aspectos del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024, consideradas dentro de este análisis de acuerdo con la fase de la política.

Formulación y diseño	Proyección de la implementación en el diseño	Proyección de la evaluación en el diseño
<ul style="list-style-type: none">• Acuerdos internacionales y fundamento normativo de elaboración del programa• Los recursos para la instrumentación del programa• La justificación, el estado actual y el planteamiento del problema.• Políticas transversales y principios rectores.• Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024 y Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024.• Proyectos o programas prioritarios que se encuentran vinculados con el programa.• Objetivo general, objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales.	<ul style="list-style-type: none">• Territorialización• Innovación en salud• Los actores clave: dependencias y entidades participantes.	<ul style="list-style-type: none">• Indicadores, metas y parámetros para el bienestar.• Unidades responsables del reporte del avance de indicadores.• Resultados preliminares del programa: cuarto informe de resultados del Gobierno de México, 2022.

Fuente: Elaboración propia a partir del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 - 2024.

3.2. Diseño del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

El programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024 surge con el propósito de atender los trastornos mentales que se encuentran insertos dentro de la salud mental de la población en general. En este sentido, la Secretaría de Salud publicó el 23 de febrero de 2021 este programa que se encargará de dirigir la política nacional en materia de salud mental y adicciones. Posteriormente, una versión actualizada se publica el 08 de

abril de 2022, en seguimiento de las primeras acciones realizadas. (Secretaría de Salud México, 2022)

Este documento resume que este programa: “presenta las acciones y estrategias programadas para poder atender, con calidad humana y respeto de los derechos humanos las condiciones de salud mental. Integra la conceptualización de que las adicciones son parte de las condiciones de salud mental”. Y está conformado por tres dependencias pertenecientes al gobierno federal: el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

De acuerdo con el documento, el programa se alinea de manera conceptual con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019 – 2024, en el Eje 2. Política Social, y los Ejes Transversales de Inclusión e Igualdad Sustantiva, Combate a la Corrupción y Mejora de la Gestión Pública. De igual forma, con el Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024, en el objetivo 5. Salud para el Bienestar, en el punto 5.3 que es específico para la Atención Integral en Salud Mental y Adicciones. Y en el plano internacional, es congruente con los acuerdos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, donde se menciona en el Objetivo 3, el compromiso a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, considerando la inclusión de la salud mental, y con metas tales como: 1) la reducción en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento; 2) promover la salud mental y el bienestar; así como; 3) fortalecer la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias adictivas.

Dentro de su parte introductoria, hace la acotación respecto al concepto de “adicciones”, el cual resalta que este concepto se hace referencia al consumo de sustancias

psicoactivas y los determinantes sociales que implica, y no exclusivamente a la etapa de adicción y dependencia. Por lo que se enfoca en las cuestiones sociales que se desarrolla, y en las que tiene efecto.

En esta línea, se plantea la fusión de las tres unidades administrativas: Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), para dar pie a una nueva unidad administrativas que pertenecerá a la Subsecretaría de Salud Pública y que funcionará como instancia rectora, normativa y de conducción de la política nacional de salud mental y adicciones. Pero para los fines que tiene el programa, los gastos operativos se ejercerán de acuerdo con el presupuesto otorgado a dichas dependencias de gobierno.

3.1.1. Acuerdos internacionales y fundamento normativo de elaboración del programa.

El PAE se encuentra precedido por acuerdos en los que México forma parte, y que tienen el objetivo de atender los asuntos que derivan de la salud mental y los derechos que ello implica. A continuación, se presenta la Tabla 1 con los acuerdos internacionales en materia de salud de los cuales México integra, así como los respectivos objetivos que busca cada uno y por lo que se sustentan para la integración de este programa.

Tabla 1.

Acuerdos internacionales en materia de salud mental a los que México está adscrito.

Nombre / Fecha	Organización
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	ONU
Declaración de Caracas (1990)	OPS/OMS
Principios de Brasilia (2005)	OPS/OMS
Consenso Panamá (2005)	OPS/OMS

Fuente: Elaboración propia con información del STCONSAME (2020). Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones.

3.1.2. Los recursos para la instrumentación del programa.

A nivel general, a través de diversos planteamientos, el programa resalta la problemática histórica que existe en la presupuestación para la salud mental es que tan solo el 2% del presupuesto en salud es asignado en materia de salud mental, y que éste se ve destinado en un mayor porcentaje en el sostenimiento de los hospitales psiquiátricos. Por lo que enfatizan, la necesidad de atender a las indicaciones de los organismos internacionales, en aumentar dicho presupuesto para la posibilidad de generar nuevas estrategias en función de la promoción y prevención.

En este sentido, el presupuesto específico que se considera para la realización del programa afirma que estará inserto en el Presupuesto de Egresos de la Federación en los programas presupuestales vigentes de las tres instituciones: STCONSAME, CONADIC, SAP.

3.1.3. La justificación, el estado actual y el planteamiento del problema.

En concordancia con lo que menciona en el resumen del programa, el tratamiento de las problemáticas de la falta de atención a la salud mental distingue en particular los asuntos derivados de las adicciones, por lo que a lo largo de su planteamiento hace acotaciones separadas conceptualizándose como dos fenómenos distintos.

Lo anterior se observa en la justificación, la cual establece que: “las condiciones de salud mental en México presentan una creciente prevalencia, y al igual que en el mundo, contribuyen de forma importante a la morbilidad, a la mortalidad prematura y a una creciente

discapacidad psicosocial. Asimismo, las condiciones de salud mental aumentan el riesgo de padecer enfermedades crónicas de salud mental aumentan el riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas en el perfil de salud de la población.” Por otro lado, en lo que respecta al tema de consumo de sustancias menciona que: “debe plantearse desde una perspectiva integral en la que la neurobiología tiene una influencia importante sobre lo social”.

Continuando con el tema del consumo de sustancias, afirma que durante los últimos años el modelo predominante de carácter prohibicionista criminaliza de manera inevitable a las personas que consumen y disminuye la probabilidad de que sean tratados y recuperados. En este sentido, se orienta hacia un cambio de paradigma que el problema de consumo de sustancias sea abordado como un problema de salud pública, privilegiando la prevención del consumo o su reducción de riesgo antes que se inicie el problema como tal, proporcionando herramientas de autocuidado y toma de decisiones.

De igual forma, destaca la falta de recursos económicos, humanos y materiales disponibles para la atención de la salud mental, y la existencia de una mala distribución que genera una amplia brecha entre las personas con trastornos mentales que requieren atención y el número de personas que la recibe. En esta misma línea, afirma que la organización es precaria, y que los servicios para brindar la atención necesaria son insuficientes, y los servicios de psiquiatría y hospital general solo cuentan con consulta externa especializada en psiquiatría, pero no camas censables para pacientes con dichos trastornos.

Al igual que los Centro de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA), que se encargan de la prevención del uso de sustancias, no cuentan con capacidad suficiente para los problemas asociados con la salud mental. Tampoco cuenta con Centros Integrales de

Salud Mental (CISAME) suficientes, donde incluso entidades federativas con cuentan con al menos uno, y los Hospitales Psiquiátricos se encuentran saturados.

En lo que corresponde al planteamiento del problema que identifica el programa, se menciona que existe un aumento en la carga de los problemas de salud mental que tiene grandes repercusiones principalmente en la salud, pero que de igual manera tiene consecuencias sociales, económicas y para los derechos humanos a nivel global.

Con relación a la situación nacional, se identifica que existe una débil capacidad de rectoría, la cual se encuentra enfocada en un modelo de atención basada en hospitales psiquiátricos y villas de transición, que a pesar de estar involucradas 3 instituciones (STCONSAME, CONADIC y SAP), ninguna logra cubrir de manera integral las funciones rectoras necesarias como: 1) la conducción sectorial, 2) regulación y normas, 3) financiamiento, 4) prestación de servicios y salud pública. Lo que tiene una repercusión en la segmentación institucionale de la política su regulación.

En esta lógica, identifica de manera puntual una serie de problemas que se presentan en materia de salud mental situados en la capacidad gubernamental para su atención, prevención y promoción. En el siguiente Figura 5, se presenta de manera esquemática las principales problemáticas en las que deriva la creación del programa:

Figura 5.

Planteamiento del problema del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

1) Resistencia a la integración de la Atención en Salud Mental y Adicciones dentro de la APS.	2) Falta de alineación de la salud con los estándares de Derechos Humanos.	3) Segmentación institucional de la política de la salud mental y adicciones.	4) Insuficiencia de recursos humanos capacitados e infraestructura en APS-I y brecha de atención.
5) Enfoque multisectorial.	6) Desvinculación operativa de la salud mental y la comorbilidad crónico-degenerativa.	7) Falta de reconocimiento y tratamiento de la patología dual.	8) Empoderamiento de las personas con condiciones de salud mental y discapacidad psicosocial.
9) Respeto a los derechos humanos.	10) Estigma y discriminación para las personas con trastornos mentales y adicciones.	11) Falta de evaluación de resultados e impacto de políticas nacionales.	12) Investigación y práctica basada en evidencias.

Fuente: elaboración propia con información del planteamiento del problema del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

A continuación, se enlista de manera textual cómo el programa describe estas problemáticas:

- 1) Resistencia a la integración de la Atención en Salud Mental y Adicciones dentro de la APS. En México, se dispone de una baja oferta de servicios de salud mental y la existencia está basada en los hospitales psiquiátricos. Aunado a la poca capacidad resolutoria del primer y segundo nivel de atención cuando se trata de atender a personas con trastornos mentales o con consumo de sustancias psicoactivas.
- 2) Falta de alineación de la salud con los estándares de Derechos Humanos. Las disposiciones legales aplicables a la prevención y atención de la salud y el consumo de sustancias no están debidamente armonizadas entre ellas y alineadas a los estándares internacionales en la materia. Situación que dificulta la gestión y el ejercicio pleno de los derechos humanos de los pacientes con trastornos mentales y consumo de sustancias, desde un enfoque más social y comunitario.

- 3) Segmentación institucional de la política de la salud mental y adicciones. La estigmatización y discriminación juegan un papel preponderante y representan el principal reto para la atención de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México, porque estos fenómenos están presentes en las personas que viven con alguna condición de salud mental, en sus cuidadores o familiares, en los prestadores de servicios de salud y en la sociedad en general. Es indudable que esta situación, paradójicamente limita tanto la demanda de servicios de salud mental como la oferta de los mismos: la vulnerabilidad de las personas que tienen condiciones de salud mental las hace proclives a la violación de sus derechos y libertades fundamentales, que es más evidente al tratarse de mujeres, niños, niñas, adolescentes, personas de la diversidad sexual, personas en movilidad y personas mayores.
- 4) Insuficiencia de recursos humanos capacitados e infraestructura en APS-I y brecha de atención. La salud mental no es la excepción por la carencia de protocolos de atención estandarizada y guías de práctica clínica, así como recursos insuficientes que impiden una atención oportuna, adecuada, integral y multidisciplinaria. La atención psiquiátrica no está debidamente integrada a la red de servicios de salud en general.
- 5) Enfoque multisectorial. La salud mental requiere múltiples alianzas entre los sectores públicos, para aprovechar las diferentes capacidades desarrolladas en las instituciones y dar solución de la demanda en vivienda, empleo, educación, justicia social, entre otros; así como alianzas con el sector privado, la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil (OSC). Lo anterior como un elemento esencial de la salud en general y un factor clave del desarrollo humano.
- 6) Desvinculación operativa de la salud mental y la comorbilidad crónico-degenerativa. Uno de los principales retos en cuanto a los servicios de salud en general, y de salud

mental en particular, es el acelerado envejecimiento demográfico de nuestra población. Existe una gran comorbilidad entre los trastornos mentales y otras condiciones crónicas. Por ello es importante integrar la atención psiquiátrica en hospitales de segundo nivel y en tercer nivel no especializado en psiquiatría.

- 7) Falta de reconocimiento y tratamiento de la patología dual. La intervención médica y psicosocial no garantiza el éxito terapéutico y en la rehabilitación en personas con condiciones de salud mental y consumo de sustancias, por la falta de una perspectiva global de la patología dual.
- 8) Empoderamiento de las personas con condiciones de salud mental y discapacidad psicosocial. Las personas con estas condiciones deben ser parte del diseño, elaboración e implementación de políticas públicas en la materia, así como en el diseño y desarrollo de programas, monitoreo y evaluación.
- 9) Respeto a los derechos humanos. La oferta de atención de las condiciones de salud mental deberá desarrollarse con pleno respeto de los derechos humanos y con intervenciones eficaces, integrales, continuas y de calidad.
- 10) Estigma y discriminación para las personas con trastornos mentales y adicciones. Para mejorar la salud y asegurar una mejor calidad de vida de las personas, es deseable reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables. Esto implica garantizar un ambiente propicio para el desarrollo de las potencialidades en todas las etapas de la vida. Para ello, es necesario asegurar medidas multisectoriales orientadas a prevenir los trastornos del desarrollo y el abuso infantil, fortalecer programas para el manejo del estrés, la prevención de la violencia y la identificación oportuna de casos con alto riesgo en el ámbito escolar y laboral, con el fin de brindar una detección

oportuna y tratamiento adecuado en caso de trastornos mentales y consumo de sustancias.

- 11) Falta de evaluación de resultados e impacto de políticas nacionales. Es necesario realizar evaluaciones ex ante y ex post de los programas y políticas que se implementen, sería importante tomar en cuenta que para que exista un diagnóstico nacional en el tema de Trastornos Mentales toda vez que la información con la que se cuenta fue publicada hace más de 15 años.
- 12) Investigación y práctica basada en evidencias. El número total de recursos humanos que trabajan en unidades de salud mental son insuficientes. Se requiere formar profesionistas capaces de incorporar la evidencia científica en su práctica diaria y de formar investigadores innovadores capaces de generar el conocimiento, patentarlo y traducirlo para su aplicación. Financia el Programa Nacional de Capacitación sobre el Modelo de Atención Preventiva, el Programa de Acción para Superar las Brechas de Salud Mental (mhGAP) y las guías de atención, desarrollado por la OMS, y las Guías de Práctica Clínica Mexicanas del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). A fin de que médicos generales y especialistas en otras áreas, atiendan los trastornos mentales de sus pacientes, se requiere capacitación que desmitifique a estos trastornos, reduzca el estigma hacia quienes los padecen y tratan, y se oriente a la generación de competencias específicas para la identificación, tratamiento y canalización de personas con condiciones de salud mental. Ampliar la formación de psiquiatras para incluir el trabajo comunitario. Incluir las funciones de los psiquiatras en hospitales generales y centro de salud del primer nivel (nuevas plazas), la capacitación del personal de salud en la detección y tratamiento de las condiciones de salud mental, así como los factores de riesgo.

3.1.4. Políticas transversales y principios rectores.

Las políticas transversales con las que se articula el desarrollo del programa constan de tres y se describen de la siguiente manera:

- 1) Igualdad de género, no discriminación e inclusión: “...el diseño de acciones para prevenir y atender de manera integral a las personas con consumo de sustancias psicoactivas tendrá en consideración las perspectivas de género, no discriminación, el ciclo de la vida, de interculturalidad y de desarrollo territorial, en el marco del respeto a los derechos humanos de todas las personas.” De igual forma, acciones diferenciadas para reforzar la prevención en las mujeres, niñas y niños, población adolescente, población indígena, afrodescendientes, personas en condición de migración y/o alguna discapacidad, y la comunidad LGTBTTIQA. Asimismo las consideraciones específicas de personas con alto riesgo de desarrollar condiciones de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, derivado de su contexto laboral, ubicación geopolítica de su comunidad, o que se encuentren recluidas en centros penitenciarios.
- 2) Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública: “Con el propósito de eliminar la corrupción, garantizar la eficiencia en la administración de los recursos públicos y lograr una mayor eficacia de la gestión pública para prevenir y brindar una atención integral de promoción de la salud mental y prevención, detección oportuna y tratamiento de personas con condiciones de salud mental y a las personas consumo de sustancias psicoactivas, se vigilará estrictamente y con total transparencia, el uso racional y eficiente de los recursos que sean otorgados al desarrollo de las acciones a nivel federal, estatal y municipal, contando con Reglas

de Operación claras y con el etiquetado de los recursos para evitar ineficiencias y riesgos de corrupción en las distintas etapas de la gestión, así como para prevenir y reducir los márgenes de discrecionalidad en la toma de decisiones o el uso inadecuado de los recursos públicos asignados al programa”. De igual forma, se plantea en este apartado el uso de tecnologías de la información y comunicación para la transparencia y rendición de cuentas, así como evaluaciones de resultado de corto, mediano y largo plazo, para lo cual se contará con mecanismos de evaluación y seguimiento.

- 3) Territorio y desarrollo sostenible: “Este programa considera que la localización de la infraestructura de servicios para la prevención y atención integral a la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas debe ser acorde con las necesidades de la población y estar basado en la sostenibilidad económica, social y ambiental sin comprometer las capacidades de las generaciones futuras”. En este sentido, se plantea que se adicionarán consideraciones territoriales y para el desarrollo sostenible en las acciones que presenta el programa.

En esta misma línea, los principios rectores del plan en el programa que buscan mantener la congruencia con los lineamientos que se establecen en este periodo de gobierno, y que tienen el objetivo de consolidar una propuesta “posneoliberal” para convertirse en un modelo viable de desarrollo económico, de ordenamiento político y convivencia entre los sectores sociales, los cuales se vinculan de tal manera que se busca el cambio de paradigma en atención de salud mental y en materia de seguridad, lo que implica la reformulación del combate a las drogas, y en consecuencia, la forma en que se ha atendido en el país. Es por lo anterior que se presenta la Tabla 2 con los 12 principios rectores y su integración en el programa:

Tabla 2.

Principios rectores del Plan en el programa

<p style="text-align: center;">Honradez y honestidad</p> <p>La prestación de los servicios de prevención y atención integral de la salud mental y el consumo de drogas deberá ser eficiente y efectiva, evitando la proliferación de establecimientos y programas improvisados o de mala calidad sin la correspondiente supervisión y certificación.</p>
<p style="text-align: center;">No al gobierno rico con pueblo pobre</p> <p>La accesibilidad a los servicios de calidad deberá estar al alcance de todos los estratos sociales de la población, con perspectiva de género, respeto a los usos y costumbres, y a las minorías sexuales.</p>
<p style="text-align: center;">Al margen de la ley, nada; por encima de la ley, nadie</p> <p>La regulación de las cadenas productivas y del consumo de drogas visibilizará los derechos humanos de los usuarios y no usuarios de drogas.</p>
<p style="text-align: center;">Economía para el bienestar</p> <p>La presentación de servicios eficientes y efectivos para la prevención y atención integral a la salud mental y del consumo de drogas evitará mermar la economía de las familias y promoverá su bienestar, al ofrecer una atención oportuna de las condiciones de salud mental y de las complicaciones y problemas de salud asociados al consumo que causan muertes prematuras y discapacidad.</p>
<p style="text-align: center;">El mercado no sustituye al Estado</p> <p>La generación de políticas públicas coherentes con la realidad nacional servirá para articular los esfuerzos institucionales necesarios para promover el bienestar y la salud en la población, sean consumidores o no consumidores de drogas, más allá de intereses comerciales de particulares o grupos delictivos.</p>
<p style="text-align: center;">Por el bien de todos, primero los pobres</p> <p>La accesibilidad a los servicios para la integración integral a la salud mental y del consumo de drogas en personas de escasos recursos podrá mejorar mediante el otorgamiento de apoyos específicos (becas para el tratamiento y la recuperación), así como a través del establecimiento de servicios para la reducción de daños, especialmente en personas con desventaja económica que consuman drogas.</p>
<p style="text-align: center;">No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera</p> <p>Los servicios para la prevención y la atención integral de la salud mental y del consumo de drogas deberán otorgarse a todos los grupos sociales, sin discriminación de ninguna clase, respetando los derechos humanos, la equidad de género, la dignidad, la religión, el idioma, la cultura, el lugar de origen, (su condición de vulnerabilidad -menores en situación de calle, sexoservidores, personas en reclusión-), la ideología, la identidad de género, la orientación y preferencia sexual de las personas, así como fomentando un cultura amigable y responsable con el medio ambiente.</p>
<p style="text-align: center;">No puede haber paz sin justicia</p> <p>La prevención y la atención integral del consumo de drogas, habrá de contribuir a restarle base social a la criminalidad, promoviendo la permanencia de los jóvenes en las aulas o su recuperación a los lugares de trabajo, pero también evitando que las niñas, los niños y adolescentes se inicien en el consumo de sustancias psicoactivas, mediante intervenciones oportunas fundamentadas en evidencias científicas que garanticen su efectividad.</p>
<p style="text-align: center;">El respeto al derecho ajeno es la paz</p> <p>El respeto a los derechos humanos de las personas es la premisa que subyace a las acciones que se desarrollarán para prevenir y atender de manera integral a quienes presentan condiciones de salud mental incluyendo usuarios de sustancias psicoactivas, contribuyendo a generar condiciones para una convivencia más pacífica.</p>
<p style="text-align: center;">No más migración por hambre o por violencia</p>

La prevención y la atención integral de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas podrá mitigar los daños a la salud en las personas migrantes, así como para connacionales que sean repatriados a nuestro territorio, respetando sus derechos humanos y en particular, su derecho a la salud.

Democracia significa el poder del pueblo

La sociedad mexicana se verá beneficiada por el principio de participación social y colectiva en la toma de decisiones relacionadas en materia de salud mental, incluyendo a usuarios de sustancias psicoactivas ya que, al romper el paradigma del combate a las drogas, se promoverán servicios para la reducción de daños, y la recuperación de las personas atendiendo a los genuinos reclamos de los grupos sociales que han promovido el consumo de sustancias psicoactivas con fines terapéuticos y para uso voluntario en adultos.

Ética, libertad, confianza

La capacitación de los profesionales de la salud, así como la concientización y educación de la población general con base en información científica en materia de salud mental y los derechos humanos, tenderá a fomentar la empatía hacia las personas con condiciones de salud mental y a los consumidores, pero también la conciencia, y favorecerá que los servicios sean otorgados con calidad, con ética y respeto, así como que se eliminen las barreras que por tanto tiempo han impedido su accesibilidad a los servicios de salud.

Fuente: Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

3.1.5. Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019 – 2024 y el

Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024.

La alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019 – 2024 se establece en tres principios rectores del programa, que son: 1) Principio I: Política y Gobierno; 2) Principio II: Política Social, y; 3) Principio III: Economía. Con relación al primero, destaca que: “...es donde se establecen las bases para lograr, en todos los niveles de gobierno federal, la erradicación de la corrupción, del dispendio y la frivolidad; respetar el estado de derecho; separar el poder político del económico y emprender el cambio de paradigma en seguridad nacional y seguridad pública, donde se destaca la Estrategia Nacional de Seguridad Pública.”

En relación con el Principio II: Política Social, se refleja en el Objetivo 2. En él, se establece que se deberá garantizar empleo, educación, salud y bienestar, por lo que el programa se propone impulsar proyectos para ampliar la infraestructura de servicios de salud para prevenir y dar tratamiento a las personas con un trastorno mental y a las personas usuarias y no usuarias de sustancias psicoactivas, donde se integrará los beneficios del

programa “Jóvenes Construyendo el Futuro” a través de la vinculación de las y los jóvenes a los servicios para el tratamiento y reducción de daños por consumo de sustancias psicoactivas, y del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) para la población en general.

De igual forma, se afirma que el programa se vincula con el objetivo más importante de la “Cuarta Transformación”, que pretende construir un país con bienestar como propósito sexenal, donde el objetivo principal es la atención primaria a la salud mental, y las acciones dirigidas 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 de las condiciones de salud mental y factores de riesgo.

En este sentido, destaca los retos que presenta la regulación de las drogas, como por ejemplo: “la necesidad de proponer modificaciones a los tratados y acuerdos internacionales en los cuales el país está suscrito, con la finalidad de actualizar la visión mundial de este problema y proponer medidas más acordes a la evolución que ha tenido la producción y el tráfico ilícito de drogas y más realistas en cuanto a los problemas de violencia e inseguridad que estos esquemas prohibicionistas han producido en todo el mundo. Otro reto es fortalecer los marcos regulatorios a nivel nacional, con el fin de asegurar que el Estado Mexicano ejerza con firmeza sus atribuciones y pueda atender con efectividad los efectos de cambiar el paradigma prohibicionista por el de regulación.”

También, el programa contribuirá en el cumplimiento del Objetivo 5 del Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024 al reformular el combate a las drogas, al cambiar el paradigma prohibicionista en materia de estupefacientes y la propuesta de la mejora de prestación de servicios para el tratamiento. Asimismo, plantea la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones que se encontrará a cargo de la Oficina de la Presidencia y la Subsecretaría de

Prevención y Promoción de la Salud a través de la campaña “Juntos por la Paz” la cual buscará contribuir el combate a los efectos indeseables de la estrategia prohibicionista, donde también plantea que el Gobierno Federal considera que para reducir los niveles de consumo de drogas, la única posibilidad real está en levantar la prohibición de las que actualmente son ilícitas y reorientar los recursos actualmente destinados a combatir su trasiego y aplicarlos en programas de reinserción y desintoxicación.

3.1.6. Proyectos o programas prioritarios que se encuentra vinculados con el programa derivado del Plan.

El programa articula dos estrategias nacionales que contribuyen al cumplimiento del objetivo del programa, estas son:

- 1) El inicio de la elaboración de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones.
 - a. De acuerdo con el PAE, esta estrategia “fortalecerá el desarrollo sostenible del país, protegiendo la salud de las y los jóvenes que participen en los Programas -Jóvenes Construyendo el Futuro- y -Jóvenes Escribiendo el Futuro-, para que sean capaces de cumplir con las obligaciones de estos programas y puedan gozar plenamente de sus beneficios.” De igual forma, afirma que “el programa se suma al propósito sexenal de ofrecer servicios de salud para toda la población, al contar con una amplia red de atención integrada por 320 Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) y 119 unidades operativas de los Centros de Atención Juvenil (CIJ), incorporando los Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARAS) del Programa IMSS-Bienestar.”

- b. También destaca que “será necesario vincularse con las acciones del Instituto de Salud para el Bienestar, donde se emprenderá una campaña informativa nacional sobre las adicciones, y se garantizará que todas y todos los habitantes del país que no cuenten con servicios de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, SEMAR, SEDENA) puedan acceder a los servicios para la prevención y atención integral del consumo de sustancias psicoactivas.”
 - c. Por último, señala que “la prevención y atención integral del consumo de sustancias psicoactivas estarán vinculadas a la promoción, enriquecimiento y consolidación de la vasta diversidad cultural del país, a través del proyecto Cultura de Paz, para el bienestar y para todos, que se pondrá en marcha en los barrios y comunidades donde es más necesaria debido a los efectos de la pobreza, la desintegración social y familiar, el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia delictiva).”
- 2) El inicio de la elaboración de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en México.
- a. Derivado de la reestructuración del sistema de salud en México, en específico la salud mental, se establece el “Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PNPS)”. Establece los siguientes lineamientos:
 - i. Misión: Conducir la política nacional en materia de prevención de la conducta suicida y del suicidio con pleno respeto a los Derechos Humanos, sensible a la línea de la vida, con perspectiva de género y de interculturalidad.
 - ii. Visión: Para 2024 el país contará con una política clara, homogénea en las 32 entidades federativas para reducir la tasa anual de suicidio.

- iii. Objetivo general: Accionar la maquinaria y direccionar los esfuerzos que permitan optimizar las acciones de vigilancia, promoción, prevención, atención, recuperación y postvención; de eficacia comprobada y revertir la incidencia de suicidios en el país con pleno respeto a los derechos humanos y con perspectiva de género.
- iv. Estrategias: 1) Vigilancia Epidemiológica. 2) Intervención. 3) Capacitación. 4) Investigación.

3.1.7. Objetivo general, objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales.

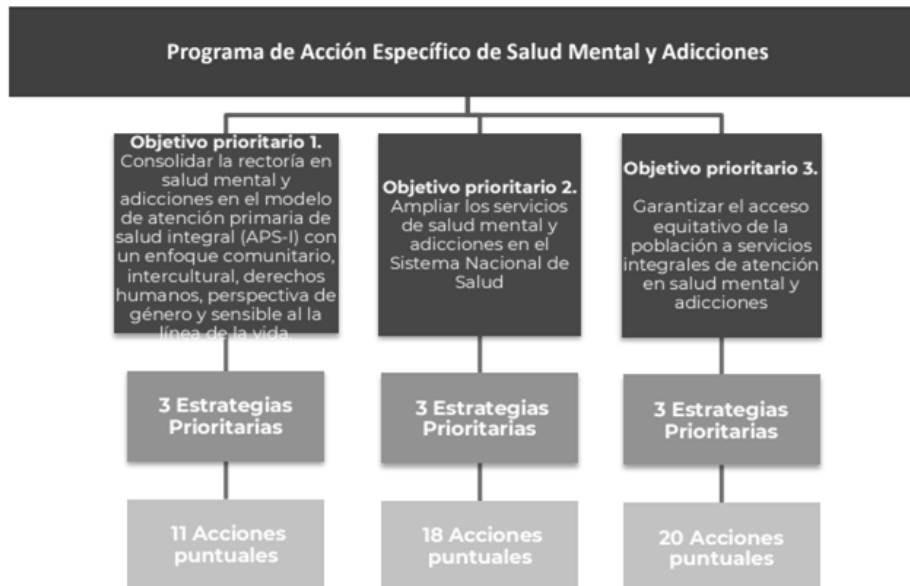
El objetivo general que busca alcanzar el programa es el siguiente:

“Mejorar el bienestar mental de la población, a través de servicios de salud mental oportunos, continuos y de calidad basados en la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I), con efectividad, eficiencia y equidad, para reducir la morbilidad, mortalidad y la discapacidad atribuida a los trastornos mentales y el consumo de sustancias.”

De este se desprenden tres objetivos prioritarios, nueve estrategias prioritarias, y cuarenta y nueve acciones puntuales, señaladas en la Figura 6, y descritas en la Tabla 3.

Figura 6.

Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales del Programa de Acción Específica de Salud mental y Adicciones, 2020 – 2024.



Fuente: Secretaría de Salud (2020). Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024

Tabla 3.

Objetivos y estrategias prioritarias, y acciones puntuales.

Objetivo prioritario 1. Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible a la línea de la vida.	
Estrategias prioritarias (3).	Acciones Puntuales (11).
Estrategia 1.1 Incrementar la coordinación con los tres órdenes de gobierno para integrar a las unidades prestadoras de servicios de salud mental y	1.1.1 Establecer acciones de coordinación y colaboración con las autoridades estatales y municipales para implementar programas de prevención y atención integral para la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.
	1.1.2 Integrar en un solo organismo a las instituciones de salud mental y adicciones para la reorganización de los servicios.
	1.1.3 Realizar el diagnóstico de la situación de la infraestructura, recursos humanos y capacidad de atención de salud mental y adicciones en el sistema de salud para la detección de necesidades.

adiciones y favorecer la implementación de la APS-I.	
Estrategia 1.2. Garantizar el cumplimiento de convenios, acuerdos, y estándares en materia de salud mental y adicciones.	1.2.1 Promover la actualización de los procedimientos operativos en salud mental y adicciones según las recomendaciones internacionales.
	1.2.2 Impulsar la aplicación de protocolos de calidad y seguridad del paciente en los servicios de salud mental y adicciones.
	1.2.3 Colaborar en el diseño y promover el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas referentes a salud mental y adicciones.
	1.2.4 Promover la adopción de medidas de política pública que permitan dar cumplimiento a las convenciones y recomendaciones internacionales en materia de salud mental y sustancias psicoactivas.
	1.2.5 Impulsar mecanismos de cooperación nacional e internacional que promuevan la participación en foros y el intercambio técnico y científico en salud mental y adicciones.
Estrategia 1.3. Implementar políticas públicas nacionales que contribuyan al bienestar mental de la población.	1.3.1 Difundir los avances en políticas públicas y programas de salud mental y de reducción de la demanda de sustancias psicoactivas, en foros nacionales e internacionales.
	1.3.2 Impulsa estrategias legislativas que ayuden a prevenir el suicidio desde un enfoque multisectorial y participar en el análisis de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas en materia de salud mental y prevención del suicidio.
	1.3.3 Impulsar programas nacionales y estatales de promoción a la salud mental, de detección y tratamiento de los trastornos mentales y de reducción de daños para las personas que consumen sustancias psicoactivas.
Objetivo prioritario 2. Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud.	
Estrategias prioritarias (3).	Acciones puntuales (18).
Estrategia 2.1 Reestructurar los servicios de salud mental y adicciones para favorecer la atención integral a la población.	2.1.1 Coordinar la reorganización de los servicios en la atención primaria incluyendo CAPAS, CISAMES y CECOSAM.
	2.1.2 Promover, asesorar y apoyar la construcción de la Red Integral de Servicios de Salud Mental y Adicciones (RISSA).
	2.1.3 Promover la integración de equipos multidisciplinarios para la atención en salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas constituidos por promotor de la salud, nutrición, trabajador social, activador físico, enfermería, psicología y/o médico.
	2.1.4 Fortalecer los servicios de atención y tratamiento para las condiciones de salud mental y adicciones en los Hospitales Generales.
	2.1.5 Promover la integración de la salud mental en los programas de salud pública (Enfermedades No Transmisibles, Enfermedades Infecciosas y por transmisión sexual y en los programas de salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva y el programa de vacunación universal.
	2.1.6 Promover, asesorar y apoyar la vinculación de los servicios de salud mental en los diferentes niveles de atención, para la referencia y contrarreferencia oportuna.

	<p>2.1.7 Desarrollar estándares de práctica clínica específicas en salud mental y adicciones para unidades de APS-I y hospitales, basados en evidencia científica, con enfoque intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y con sensibilidad a la línea de la vida.</p> <p>2.1.8 Impulsar acciones de fomento sanitario y la aplicación de estándares de calidad y seguridad del paciente en los servicios de salud mental y adicciones.</p> <p>2.1.9 Evaluar de manera continua las acciones de organizaciones e instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil que instrumentan programas preventivos y de atención en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.</p>
Estrategia 2.2 Impulsar la capacitación en salud mental y adicciones a personal de los servicios de salud para la formación de equipos multidisciplinares de atención.	<p>2.2.1 Promover, asesorar y apoyar al personal de salud del primer nivel de atención en la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias mhGAP para reducir la brecha de atención en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>2.2.2 Impulsar la capacitación del personal profesional y no profesional que brinda servicios en unidades ambulatorias, hospitales generales, semi residenciales y residenciales para brindar atención integral y adecuada de personas con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas o conductas suicidas.</p> <p>2.2.3 Apoyar la capacitación a prestadores de atención formal e informal en la comunidad para la orientación y consejería eficaz en salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas, prevención del suicidio y autocuidado.</p> <p>2.2.4 Coordinar acciones que ofrezcan programas de tutorías al personal de salud que trabaje en los centros de atención no especializada, sobre el manejo, tratamiento y derivación de casos específicos.</p>
Estrategia 2.3 Impulsar el desarrollo científico en las instituciones que proporcionan servicios de atención integral en salud mental y adicciones.	<p>2.3.1 Desarrollar y promover acciones de investigación en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y prevención del suicidio.</p> <p>2.3.2 Apoyar el desarrollo de encuestas nacionales de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>2.3.3 Impulsar mecanismos de cooperación nacional e internacional que promuevan el intercambio técnico y científico en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>2.3.4 Colaborar con universidades, facultades y otras instituciones docentes para incorporar el tema de salud mental en los programas de estudios universitarios y de posgrado.</p> <p>2.3.5 Fortalecer la cooperación del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas e impulsar el desarrollo de los Observatorios Estatales de Salud Mental y Consumo de Drogas, con el propósito de fortalecer la toma de decisiones a partir de la elaboración de diagnósticos situacionales locales.</p>
Objetivo prioritario 3. Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.	
Estrategias prioritarias (3).	Acciones puntuales (20).

<p>3.1 Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y prevención de las condiciones de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>3.1.1 Impulsar estrategias para la promoción de la salud mental, estilos de vida saludable y autocuidado, para los diferentes grupos etarios y difundirlas en la comunidad, escuelas y lugares de trabajo.</p> <p>3.1.2 Fomentar el desarrollo de programas para la prevención de los trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas en los diferentes grupos de edad, enfocadas en la reducción de los factores de riesgo, el fortalecimiento de los factores protectores y la detección oportuna.</p> <p>3.1.3 Gestionar la inclusión de estrategias de promoción de salud mental en los Programas Nacionales de Salud Pública.</p> <p>3.1.4 Apoyar programas de educación para padres, cuidadores y maestros sobre desarrollo infantil, apego, crianza positiva y educación sin violencia.</p> <p>3.1.5 Desarrollar e implementar programas de prevención para adolescentes en riesgo de afecciones de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas con un enfoque multinivel, con diferentes plataformas de entrega, incluyendo el Sistema Nacional de Salud, medios digitales, escuelas y la comunidad.</p> <p>3.1.6 Impulsar la instalación de Clubes por la Paz con el propósito de fortalecer la implementación de los programas de salud mental y adicciones.</p>
<p>Estrategia 3.2 Proveer servicios de atención y tratamiento integral, oportuno y de calidad para los trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>3.2.1 Establecer mecanismos para atender oportunamente los Trastornos Mentales Comunes en el primer nivel de atención con base en las necesidades particulares de cada grupo de edad y tomando en cuenta los determinantes sociales de la comunidad.</p> <p>3.2.2 Fortalecer la atención de Trastornos Mentales Graves en los servicios especializados de la Red Integral de Servicios de Salud Mental y Adicciones para evitar la discapacidad psicosocial.</p> <p>3.2.3 Fomentar cuidado infantil temprano en los servicios de APS-I para la detección oportuna de los trastornos del neurodesarrollo.</p> <p>3.2.4 Asesorar en el diseño de servicios de atención integral en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas para los adolescentes tomando en cuenta las necesidades del desarrollo de esta etapa de la vida.</p> <p>3.2.5 Promover servicios de salud mental, para adultos mayores, incluyendo la detección oportuna de demencias.</p> <p>3.2.6 Apoyar acciones que atiendan de forma integral las necesidades de salud mental de las mujeres durante las etapas de la vida reproductiva tales como la pregestacional, embarazo, postparto y la transición a la menopausia.</p> <p>3.2.7 Promover la atención en salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas, para personas indígenas y afrodescendientes de acuerdo con su contexto cultural, personas migrantes en todos los momentos del proceso migratorio y a las personas con alguna discapacidad con base en sus necesidades.</p> <p>3.2.8 Incluir en los programas la atención las necesidades específicas de salud mental de los grupos de la diversidad sexual.</p>

	3.2.9 Fomentar servicios de atención integral en salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas para personas en conflicto con la ley y en situación de reclusión.
	3.2.10 Establecer estrategias de atención en salud mental para personas que haya sufrido eventos vitales adversos, en particular por violencias o desastres naturales, tomando en cuenta sus necesidades particulares para el desarrollo de resiliencia.
Estrategia 3.3 Ofrecer servicios para la recuperación de personas con trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.	3.3.1 Organizar foros de discusión con organizaciones civiles y de derechos humanos que favorezcan la inclusión y disminuyan el estigma asociado a la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.
	3.3.2 Implementar programas de psicoeducación para las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores sobre las causas y consecuencias de los trastornos, opciones de tratamiento, recuperación y comportamientos saludables para aumentar el bienestar.
	3.3.3 Apoyar acciones orientadas a fortalecer los componentes básicos de la recuperación en salud mental, incluyendo las relaciones interpersonales, autonomía e identidad, estrategia de resiliencia, manejo de situaciones de crisis e inclusión social.
	3.3.4 Promover mecanismos para la vinculación de las personas con trastornos mentales y/o consumo de sustancias psicoactivas con los servicios y recursos disponibles en otros sectores de su comunidad, como educación, cultura, deporte y empleo para mejorar su bienestar.

Fuente: elaboración propia con información del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

3.1.8. Hallazgos del análisis de la formulación del Programa de Acción

Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

El presente programa responde a una problemática importante que ha prevalecido durante décadas en la sociedad mexicana, por lo que es pertinente la creación de este documento rector del programa, donde se propone dirigir la política pública de salud mental y adicciones en México, y procura la actualización constante de la misma de acuerdo con el avance que se obtengan en el seguimiento de los resultados.

Asimismo, es fundamental el establecimiento de las instancias responsables de esta política, lo cual se estipula en este caso al STCONSAME, SAP y CONADIC, sin embargo, sería conveniente destacar el aspecto que menciona sobre la fusión de estas dependencias, con la finalidad de tener claridad sobre la distribución de las responsabilidades específicas

que corresponden y las características que obtendrá cada dependencia durante en su ejercicio de implementación del programa así como la coordinación que se propone, y que justifique el beneficio de esta acción.

De igual forma, se observa una clara presentación que fundamenta la pertinencia de este programa, y que se alinea con otros programas y planes sobre los que se basa la administración en turno para dirigir sus esfuerzos en la acción gubernamental, y por consecuente en términos del presupuesto público. En este sentido, también se encuentra una alineación con acuerdos internacionales a los que México se ha comprometido anteriormente con organismos como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Retomando un elemento anterior, el presupuesto público se menciona como un aspecto en el que resalta una evidente carencia en la asignación histórica del 2% del total de recursos destinados a la salud, que son dirigidos al rubro de salud mental en los gobiernos federales desde décadas atrás, y la problemática en la distribución del recurso al ser asignado en su mayoría al mantenimiento de hospitales psiquiátricos, limitando otras acciones fundamentales como la prevención y promoción.

Es por esto que plantea el aumento del presupuesto, sin embargo, es fundamental contemplar una proyección presupuestaria o al menos un estimado sobre en cuánto porcentaje se aumentaría, adicionalmente sería necesario complementar en futuras actualizaciones al documento rector, la redistribución del recurso, considerando las reformas realizadas en el 2022 a la Ley General de Salud con respecto a la salud mental, que busca entre otras cosas disminuir el gasto en hospitales psiquiátricos, principal problemática en función del presupuesto planteada en este documento.

Es importante destacar que en lo que denomina como el “estado actual” del problema, se presenta la justificación y el planteamiento del problema, en donde se aborda en términos generales la existencia de la prevalencia de trastornos de la salud mental, su relación con el aumento del riesgo de padecer otras enfermedades crónicas, así como hace mención de que en el caso del tema de consumo de sustancias psicoactivas debería plantearse desde una perspectiva más abierta y no continuar con el paradigma prohibicionista que existe actualmente, lo cual no se ha reflejado en las acciones de esta misma administración.

Con respecto al párrafo anterior, se observa que dentro de estos apartados se hacen afirmaciones importantes sobre las recomendaciones internacionales, la carencia de recursos y la insuficiencia en la organización de los servicios, sin embargo, sería pertinente profundizar y resaltar la necesidad e importancia de este programa de gobierno, esto a través de la presentación de datos, estadísticas, características de la población afectada y otros documentos que permiten entender con claridad la base teórica y práctica que la motiva.

En el planteamiento de la problemática se puede observar que identifica puntualmente determinados puntos de la administración pública que han impedido que los asuntos derivados de la salud mental y adicciones sean atendidos de manera eficiente. Por lo que se realiza una correcta detección de las carencias que tienen los servicios de salud en ofrecerse dentro de la atención de primer nivel, así como la falta de coordinación entre instituciones que permita vincularse y lograr un trabajo colaborativo al tratarse de una problemática de salud multifactorial.

Por otro lado, en las problemáticas que plantea con un corte más social, hacen referencia a la vulneración de los derechos humanos, el empoderamiento de las personas con dichas

condiciones, y el estigma que se mantiene hacia las mismas, lo cual cumple con la perspectiva integral para considerar otros factores que influyen de manera sustancial.

Por último, resalta dos problemáticas que van en función del seguimiento de las políticas en este rubro, así como la falta de atención al sector de investigación que permita generar evidencia que sea puesta en práctica. Sin embargo, sobre este último punto, podemos ver que persiste la escasa información sobre el seguimiento de las políticas actuales y los resultados obtenidos de los programas realizados.

En este sentido, el planteamiento afirma que estas problemáticas son las que dan como resultado que la situación de la salud mental y adicciones en el país no haya mejorado. Sin embargo, se abordan como propuestas y soluciones, más que desarrollar las causas e impactos, y el por qué son estas las principales problemáticas en el sector salud, en específico de la salud mental.

Un aspecto que ya se ha mencionado en párrafos anteriores, pero que es importante reiterar, es la falta de información, lo que no permite visualizar realmente el “estado actual” del país como se lo propone. Por lo tanto, no se señala o menciona dentro del programa algún diagnóstico que presente información que permita entender el estado actual de la salud mental y adicciones, y establecer rutas de información que permitan comprender cómo los fenómenos que se gestan a partir de la falta de atención a la salud mental están inmersos en la sociedad convirtiéndose en problemáticas públicas, así como describir el impacto que tienen, tomando en consideración eventos extraordinarios como lo fue la pandemia por el COVID-19.

Es preciso aclarar que, existen documentos de la Secretaría de Salud con información relacionada a lo que se menciona en el párrafo anterior, sin embargo, la falta de accesibilidad

y relación entre el programa en cuestión y dicha información también forma parte importante de los aspectos para mejorar sobre la articulación de dependencias, programas, acciones, que fortalezcan la difusión, investigación y atención a la salud mental.

En lo que corresponde a la presentación del objetivo general, se precisa bien lo que busca el programa en cuestión de mejorar el bienestar mental de la población a través de servicios basados en la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I), sin embargo, se distingue otro objetivo dentro del general que se ajusta más a un objetivo prioritario que es el de reducir la morbilidad, mortalidad y la discapacidad atribuida a los trastornos mentales y el consumo de sustancias, ya que éste se puede derivar en una meta que contribuya en el cumplimiento del objetivo general.

En esta misma línea, se encuentran los tres objetivos prioritarios, de los cuales se puede observar con claridad la distinción sobre lo que busca cada uno y su relación con el planteamiento del problema que establece el programa. En el caso del objetivo prioritario 1, se centra en la consolidación de los aspectos institucionales para lograr la rectoría de las políticas de salud mental y lograr la coordinación entre instituciones, y lineamientos internacionales, lo cual significa un objetivo de suma importancia al ser de las principales problemáticas por resolver que se plantean en este programa.

El objetivo prioritario 2, está en función de la ampliación y mejora de los servicios que se ofrecen para la salud mental y adicciones, lo cual tiene que la organización de los servicios que actualmente se ofrecen y mejorar su calidad, principalmente en el nivel de primera atención que es donde se tiene priorizado atender para disminuir los casos más graves.

En continuación, el objetivo prioritario 3, responde a una cuestión integral en donde se garantice el acceso de la población a los servicios de atención, así como la prevención y

rehabilitación, de esta manera resulta sustancial por el interés en generar una visión sobre la promoción que prevengan posibles casos graves, y brindar suficiente información y mecanismos para evitar los casos graves, y a su vez, disminuir elementos de la sociedad como los estigmas que prevalecen.

Asimismo, las acciones puntuales se describen de manera precisa, clara y coincide con lo que el objetivo busca, por lo que estas acciones podrían determinarse como las metas propuestas para alcanzar sus respectivos objetivos prioritarios, que en suma alcanzan el objetivo general. En este sentido, es positiva la precisión con la que se determina las acciones que el programa pretende realizar en su implementación. Sin embargo, como se verá más adelante, éstas no fueron consideradas como metas o indicadores para cumplir en el avance del programa, por lo que sería productivo tomarlas en consideración.

Finalmente, otro de los elementos importantes a destacar son las dos estrategias preventivas que se propone realizar, las cuales son sobre el suicidio y las adicciones. En este sentido, valdría la pena analizar los puntos específicos en los que se vinculan ambas, a pesar de que las adicciones pueden reflejar un trastorno por sustancias, el planteamiento del programa expone de manera separada los elementos de ambas problemáticas. Esto genera una impresión de que son dos asuntos diferentes, por lo que sería conveniente consolidar los elementos teóricos y prácticos con los que el programa pretende abordarlas.

CAPÍTULO 4. PROYECCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN EN LA FORMULACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES, 2020 – 2024.

Como se mencionó en el capítulo anterior, en este último apartado de la investigación se centra en recuperar las partes dentro del programa que se proyectan como elementos para la implementación y evaluación de las acciones propuestas. De esta manera, al ya haber profundizado en la discusión y análisis del diseño del programa, en este capítulo se aborda lo correspondiente a las siguientes fases del ciclo de políticas: la implementación y evaluación, en su inserción dentro del diseño.

4.1. Proyección de la implementación en la formulación del Programa de Acción Específica de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

A continuación, se destacan los principales elementos que conforman al PAE en relación con su implementación, con la finalidad de identificar los actores clave y las acciones que se pretenden realizar para cumplir con los objetivos preestablecidos. Asimismo, se considera aspectos como la jerarquización de objetivos, recursos suficientes y la existencia o no de otras instancias decisivas en su desarrollo, de igual forma se analiza si en este momento de la política pública coincide con la construcción del problema que se ha establecido.

4.1.1. Territorialización

El programa reconoce que los problemas de salud son multifactoriales y se plantea, en la búsqueda de contribuir en el desarrollo de políticas públicas diferenciadas, integrales y multisectoriales, una metodología de Territorialización, la cual tiene como finalidad identificar el estado actual de las condiciones en las que la población mexicana vive el proceso salud-enfermedad, las brechas de desigualdad, rezagos o afectaciones desproporcionadas inmersas en las personas, comunidades o territorios. Por lo que emplea el

uso de la técnica geográfica “Autocorrelación Espacial (AE)” para complementar. De los resultados, se obtuvieron “Indicadores Locales de Asociación Espacial (LISA)” para cada municipio del país, lo que permite evaluar la variabilidad.

En esta misma línea, se propone identificar qué es lo que hay dentro de las agrupaciones de municipios prioritarios para tomar en cuenta y enfocar acertadamente las acciones del programa, con énfasis en las agrupaciones con tasas altas de mortalidad. A raíz de esto, establece las siguientes consideraciones:

- 1) Las tasas de defunciones por abuso de sustancias y de suicidios en adultos tienen una tendencia creciente a medida que disminuye la densidad poblacional y donde hay menores oportunidades de atención, contraria a la tendencia de egresos hospitalarios por trastornos mentales por abuso de sustancias. En cuanto a la tasa de suicidios en adolescentes, las tasas medias son muy similares entre tipos de municipios, pero con menor variabilidad en municipios de mayor densidad de población.
- 2) En donde existe la posibilidad de hospitalización hay mayor potencial para evitar las muertes por sobredosis de sustancias psicoactivas y por intentos de suicidios con mayor oportunidad que en aquellos municipios donde existan los recursos de hospitalización. Y son los municipios rurales los que se encuentran en una situación de desventaja.
- 3) Respecto a la atención del consumo de sustancias psicoactivas en centros de recuperación no gubernamentales, en el grupo de menores de 20 años, la distribución de tasas medias tiende a la baja hacia los municipios rurales y la dispersión al alta, lo que puede indicar que en dichos municipios rurales haya tanto valores muy altos como muy bajos. Sucede lo mismo con la tasa de consumo

de sustancias psicoactivas, en donde el indicador continúa a la baja hacia municipios rurales. Se observa un comportamiento inverso entre la tasa de atención por consumo de sustancias psicoactivas y la tasa de defunción por sustancias psicoactivas, por lo que incrementar las tasas de atención podría ser un factor protector.

- 4) La situación de los recursos humanos según región, muestran que la razón del personal de salud mental es mayor en las regiones Norte y Occidente, seguida después por Sureste y finalmente la región Centro con la cifra más baja. En este resultado hay que tomar en cuenta la densidad de la población (que es muy baja en Norte y Occidente), es decir, es población dispersa y por lo tanto las razones se pueden elevar. En este punto entra la importancia de la accesibilidad para llegar a dichos recursos (que, para el Sureste, por ejemplo, es una variable desventajosa). En la región Centro, si bien hay mayor densidad de población, la buena accesibilidad juega a su favor.
- 5) En cuanto a los consultorios para la atención de salud mental, la cifra más baja se encuentra en el Occidente y el Sureste, lo cual refuerza el hallazgo anterior del personal de salud, dado que dicho personal podría encontrarse centralizado solo en algunas jurisdicciones (hospitales y consultorios) y no estar distribuidas con equidad por más que la razón de personal de salud parezca alta.
- 6) Respecto a los hospitales psiquiátricos, si bien la cifra total es muy baja, la región Centro es la más beneficiada por este recurso. Dado dicho resultado y teniendo en cuenta la utilidad que tienen las UNEMES como nivel intermedio entre primer y segundo nivel de atención, se identifica que en las regiones Norte y Occidente es donde se tiene mayor presencia estas unidades (CAPA y CISAME) en relación

con la población y principalmente por lo que aporta Nuevo León y Jalisco. Por lo tanto, la región sureste carecería tanto de hospitales psiquiátricos como de UNEMES.

- 7) Los servicios de salud mental y adicciones se distribuyen a lo largo del país, pero se encuentran de manera importante en el centro del mismo. Resalta el hecho de que la mayoría de los municipios rurales aparecen sin estos servicios, por lo que si tienen alguna necesidad de este tipo de atención acudirían a centros de salud sin especialidad o enfoque requerido.
- 8) Los resultados de recursos para la salud tienen que tomarse en cuenta a la luz de la accesibilidad que hay para llegar a ellos. En la región Sureste hay menor accesibilidad geográfica a unidades médicas de primer nivel, segundo nivel, UNEMES-CAPA y en general hacia una carretera pavimentada (que facilitaría el acceso hacia servicios de todo tipo). Asimismo, es la región con menor acceso a servicios de salud, es decir, cuando no se cuenta con afiliación a seguridad social; seguida por la región Norte que también cuenta con cifras desfavorables respecto a accesibilidad a unidades médicas de primer y segundo nivel, y la región Occidente presenta una cifra muy similar a la del Sureste en cuanto a la lejanía de la UNEMES-CAPA.
- 9) Las tasas de suicidio en adolescentes congregan menor número de municipios que los suicidios en adultos, aunque solo en la región Centro esta tendencia es contraria. Las tasas de suicidios en adultos presentan dependencia espacial muy marcada en la región Norte y Sureste (Chihuahua y Campeche principalmente), en el resto del país, las tasas altas son aleatorias.

- 10) Respecto a las razones de recursos para salud mental, se ven muy limitadas tanto en personal como en infraestructura. Si bien las razones de médicos generales y unidades médicas de ambos niveles parecerían altas en algunas agrupaciones, la falta de accesibilidad geográfica podría hacer que se desaprovechen dichos recursos. Solo en la región Centro el porcentaje de población a más de una hora de una UNEME-CAPA es menor al 26%, en las otras tres regiones las agrupaciones presentan un porcentaje mayor a 40%.
- 11) En la región Centro, la accesibilidad geográfica es muy evidente, tanto para unidades de primer nivel como para hospitales y UNEMES-CAPA. Así como acceso a carreteras pavimentadas. Esta condición podría estar afectando positivamente en que no se haya encontrado dependencia espacial por tasas altas de suicidios en esa región. Asimismo, dicha condición pudo afectar en la presencia de agrupaciones de tasas bajas para la mortalidad debido a trastornos mentales por abuso de sustancias.
- 12) Para los tres casos presentados se observan porcentajes altos de población con ingresos inferiores a la línea de bienestar; así como principalmente conformados por municipios con densidad de población baja (tipo rural, en transición y semi-urbanos).
- 13) Es por lo anterior que se propone que la priorización de acciones vaya en dirección de acercar los servicios de atención primaria a la población de 659 municipios rurales, para mejorar los porcentajes de accesibilidad respecto a tiempo y distancia de recorrido y con esto incrementar la equidad en la distribución de los recursos. Asimismo, enfocar acciones a las agrupaciones de municipios con dependencia espacial en las tasas de suicidio y mortalidad por trastornos por abuso de

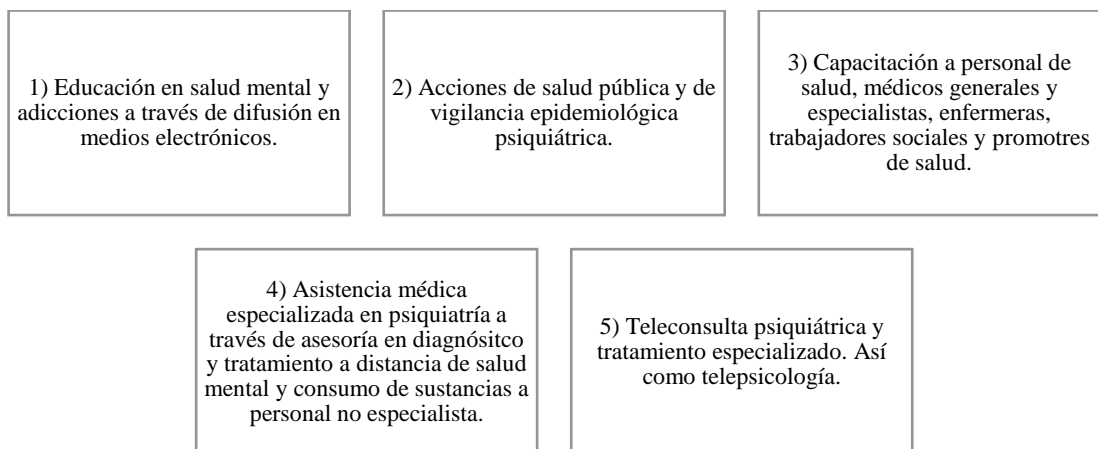
sustancias que fueron tan marcadas e identificables en el análisis de AE y que no serían solo rurales ya que estos municipios son vecinos de otra mayor densidad de población que formarían conjuntos de municipios prioritarios.

4.1.2. Innovación en salud

Un aspecto importante dentro del programa es sobre el planteamiento de implementar estrategias para mejorar la atención de los servicios de salud pública, donde se propone a desarrollar, estructurar y utilizar innovaciones tecnológicas para llevarlas a cabo. En este sentido, establece los siguientes objetivos:

Figura 7.

Objetivos de las estrategias de innovación en salud



Fuente: elaboración propia a partir del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

De esta manera, el campo de acción para el uso de la telesalud para la Salud Mental se distribuye en cuatro componentes: 1) Capacitación, 2) Asistencia, 3) Gestión, 4) Supervisión, 5) Medición y Evaluación. Por lo que la utilización de esta herramienta con fines académicos constituye una parte fundamental del programa de formación continua para los distintos profesionales de la salud. Su implementación será multimodal y con la visión

centrada en las necesidades de los usuarios y de la región para garantizar el acceso a los servicios de salud mental y adicciones con un alcance masivo.

Por lo anterior, las intervenciones que emplean pueden tener diferentes ámbitos de aplicación y estar dirigidas a diferentes sectores. Se presenta en la Figura 8, las especificaciones sobre las estrategias potencialmente aplicables a este programa:

Figura 8.

Estrategias potencialmente aplicables al Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

POBLACIÓN OBJETIVO	MODALIDADES DE INTERVENCIÓN	APLICACIONES	ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES
Para personas usuarias	<ul style="list-style-type: none"> • Salud Móvil (apps móviles) • Centros de contacto • Plataforma digitales • Teleeducación (webinars, talleres) • Teleconsulta (vía telefónica, web o videollamada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud. • Difusión de material preventivo. • Información y orientación. • Tamizaje • Gestoría de casos • Seguimiento de casos. • Apoyo a cuidadores(as) • Acompañamiento en autoayuda. • Establecimiento de programas de Telepsiquiatría y Telepsicología en los establecimientos de salud mental. 	Ampliar los servicios y funciones de la Línea de la Vida incluyendo el acceso a la atención de prevención de suicidio, del consumo de sustancias psicoactivas, violencia y otras afectaciones agudas de salud mental. Utilizar plataformas digitales para la integración de las acciones de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones.
Para profesionales de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Teleeducación (Telementoría, webinars, diplomados en línea) • Teleconsulta (interconsultas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación médica continua • Capacitación • Asesoría técnica. • Redes integrales de servicios. 	Impulsar la educación médica continua y capacitación del personal de salud mediante las TICs y utilizar los recursos para la adquisición y fortalecimiento de competencias y
Para sistemas de salud y responsables de programa.	<ul style="list-style-type: none"> • Videollamadas • Sistemas de Gestión y organización de bases de datos 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización y evidencia. • Asesoría gerencial. • Aseguramiento de insumos. 	Fortalecer las actividades gerenciales, la coordinación entre niveles y entre sectores, y el liderazgo a nivel estatal y local.
Para servicios de datos.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de Gestión y organización de bases de datos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de registro. • Análisis de datos. • Decisiones basadas en resultados. 	Todas las acciones realizadas deberán formar parte oficial de los registros de atención.

Fuente: Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

4.1.3. Los actores clave: las dependencias y entidades participantes

Para la aplicación del programa se prevé la participación de las siguientes dependencias y entidades participantes (Cuadro 1):

Cuadro 1.

Los actores clave: Dependencias y Entidades participantes.

1) Administración Pública Federal.	27) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Daniel Cosío Villegas”.
2) Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.	28) Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.
3) Consejo Estatal contra las Adicciones.	29) Instituto Nacional de Pediatría.
4) Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.	30) Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa”
5) Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos.	31) Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
6) Centro de Integración Juvenil, A.C.	32) Instituto Nacional de Salud Pública.
7) Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud.	33) Instituto Politécnico Nacional.
8) Central Mexicana para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud.	34) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
9) Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.	35) Observatorio Mexicano de Drogas.
10) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.	36) Organización Mundial de la Salud.
11) Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.	37) Organización de las Naciones Unidas.
12) Comité Municipal contra las Adicciones.	38) Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
13) Comisión Nacional del Deporte.	39) Organización Panamericana de la Salud.
14) Comisión Nacional contra las Adicciones.	40) Organizaciones de la Sociedad Civil.
15) Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.	41) Petróleos Mexicanos.
16) Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en materia de Políticas de Lucha contra la Droga.	42) Fiscalía General de la República.
17) Centro de Orientación Telefónica en Adicciones.	43) Plan Nacional de Desarrollo.
18) Dirección General de Epidemiología.	44) Programa Sectorial de Salud.
19) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia.	45) Servicios de Atención Psiquiátrica.
20) Estrategia Mundial para la Reducción del uso Nocivo de Alcohol.	46) Secretaría de Comunicaciones y Transportes.
21) Encuesta Nacional de Adicciones.	47) Secretaría de Economía.
	48) Secretaría de la Defensa Nacional.
	49) Secretaría de Marina.
	50) Secretaría de Educación Pública.
	51) Servicio Telefónico en Adicciones.
	52) Servicios Estatales de Salud.
	53) Secretaría de Gobernación.
	54) Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.
	55) Sistema Nacional de Salud.
	56) Sistema de Protección Social en Salud.

22) Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México.	57) Secretaría de Salud.
23) Instituto Mexiquense contra las Adicciones.	58) Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
24) Instituto Mexicano de la Juventud.	59) Universidad Nacional Autónoma de México.
25) Instituto Mexicano del Seguro Social.	60) Unidad Médica Especializada – Centro de Atención Primaria en Adicciones.
26) Instituto Nacional de Cancerología.	

Fuente: Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024

4.1.4. Hallazgos del análisis sobre la proyección de la implementación en la formulación del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

En lo que corresponde la implementación de este programa, se identificó aquellos apartados en el documento que establecían las vías en la que los actores llevarían a cabo las acciones propuestas y, en consecuencia, el cumplimiento de los objetivos que tiene por establecido. Es por ello, que este apartado analiza y discute los elementos que resaltan de manera positiva y aquellos que se sugiere considerar para lograr una implementación eficiente.

Un aspecto importante que conviene traer a la discusión es sobre el marco legal de la salud mental, ya que las modificaciones a la Ley General de Salud en materia de salud mental entradas en vigor durante el 2022 jugaron un papel fundamental para transitar hacia el modelo comunitario que se propone dicho programa, y que prioriza la prevención y promoción, más que la atención e inversión en los hospitales psiquiátricos.

Por otro lado, en el caso de las adicciones, a pesar de existir un énfasis en el cambio del paradigma prohibicionista, y optar por uno que no criminalice a los usuarios y genere una posibilidad de recuperación, no tiene fundamento legal para proceder ya que las leyes en materia de drogas no han tenido alguna modificación que se asemeje a lo que el programa

propone. Por lo que esto, puede generar impedimentos para atender las adicciones desde la visión en la que el programa pretende.

La territorialización que propone el programa cobra relevancia al reconocer la multifactorialidad de las problemáticas que derivan de la salud mental, por lo que se interpreta estrategias focalizadas de acuerdo con la región del país. En este sentido, sería conveniente dejar claro si se llevarán a cabo las estrategias por región, y si se incluirá a los gobiernos estatales, locales, etc. O cuál sería la manera de tomar en cuenta este factor para el proceso de la implementación en las diferentes zonas del país.

En el caso de los actores clave para el cumplimiento de los objetivos se distingue que las tres instancias principales son STCONSAME, SAP y CONADIC. Ya que ellas son las que se menciona llevan la rectoría en las políticas y programas de salud mental y adicciones en el Poder Ejecutivo. De igual forma, se presenta una lista de 60 entidades participantes, entre organismos internacionales, asociaciones civiles, institutos, universidades, secretarías del gobierno federal, y servicios de salud estatales.

Resulta positivo considerar la integración de diversos actores que puedan contribuir en la implementación del programa, lo que debería traducirse en resultados óptimos si se lograra una sinergia entre dichos actores. Sin embargo, no se encuentra más información que la lista, por lo que sería pertinente conocer en qué aspecto participa cada uno, así como la forma en la que se coordinarán con las instituciones encargadas de este programa.

La sugerencia anterior va en función a que en la lista de actores se encuentran algunas que pueden estar consideradas para ejercer funciones muy específicas para fines de este programa, pero que dentro de sus propios objetivos institucionales no contemplan atender o prevenir asuntos de la salud mental, tales como la Secretaría de Comunicaciones y

Transportes, la Secretaría de Economía, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, entre otras. Si bien lo anterior puede estar fundamentado en la conformación que tiene el Sistema Nacional de Salud en México, sería conveniente exponer dicho sistema y, en su caso, especificar en este apartado las relaciones interinstitucionales, con la sociedad civil, con las universidades, etc, para una mejor comprensión sobre la pertinencia de su colaboración en el programa.

En este sentido, también sería importante mencionar qué instancias tendrán participación de manera determinante en cuestión de veto y aprobación, es decir de qué manera se podrá supervisar los avances del programa que definan el rumbo y se adapten las necesidades que se vayan detectando, ya que no clarifica si se creará alguna instancia como consejo técnico, que funcione de manera simultánea a las instituciones responsables del programa.

Otro apartado importante en el documento es el que corresponde a la innovación en salud, el cual se plantea objetivos para la implementación de estrategias a través de innovaciones tecnológicas con la finalidad de aprovechar estas herramientas para promover educación, capacitar personal, asistir a personas que lo requieran y poder medir y evaluar los avances. Esta propuesta resulta muy oportuna debido a las condiciones sociales que se han presentado a raíz de la pandemia por COVID-19, lo que ha familiarizado más con estos instrumentos tecnológicos y pueden ser aprovechados para este programa.

Sin embargo, no especifica más sobre esta propuesta, ni se deja claro si será parte de las responsabilidades de las tres instituciones de este programa, o si es una estrategia alterna a cargo de la secretaría de salud u alguna otra institución, por lo que igual se observa que en

los indicadores no hay un seguimiento para cumplir los objetivos presentados específicamente para ese apartado.

4.2. Proyección de la evaluación en la formulación del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

Uno de los momentos más importantes para la política pública es el momento de evaluar los avances y resultados, es por lo que el propio diseño debe considerar con amplitud una gran cantidad de variantes que pueden surgir durante la implementación y que tengan un impacto en los resultados esperados. Este momento tan importante de la política pública, permite conocer el alcance que se ha logrado con los esfuerzos realizados, y ayuda a determinar el futuro de la política pública, en función de la nueva condición que tenga la problemática que busca atender.

Es por lo anterior, que a continuación se presentarán los apartados que contemplan la evaluación y seguimiento de las acciones que se realicen por parte de los actores competentes, así como los mecanismos para el monitoreo de los avances, y la estructuración que se presenta en el programa para darle consistencia a las acciones y obtener los resultados. Finalmente se realiza una revisión de los resultados preliminares que se han obtenido hasta la fecha en materia de salud mental, y si corresponden a los estipulado por este programa.

4.2.1. Indicadores, metas y parámetros para el bienestar.

Los indicadores son fundamentales para evaluar cuantitativamente el progreso que tiene un programa a través del cumplimiento de sus metas propuestas. De esta manera, se logra medir las acciones que se realizan y si cumplen lo mínimo esperado por los responsables del programa, lo que permite posteriormente replantear las características que tendrían que modificarse y tomar decisión sobre el rumbo que presentó el programa en un principio.

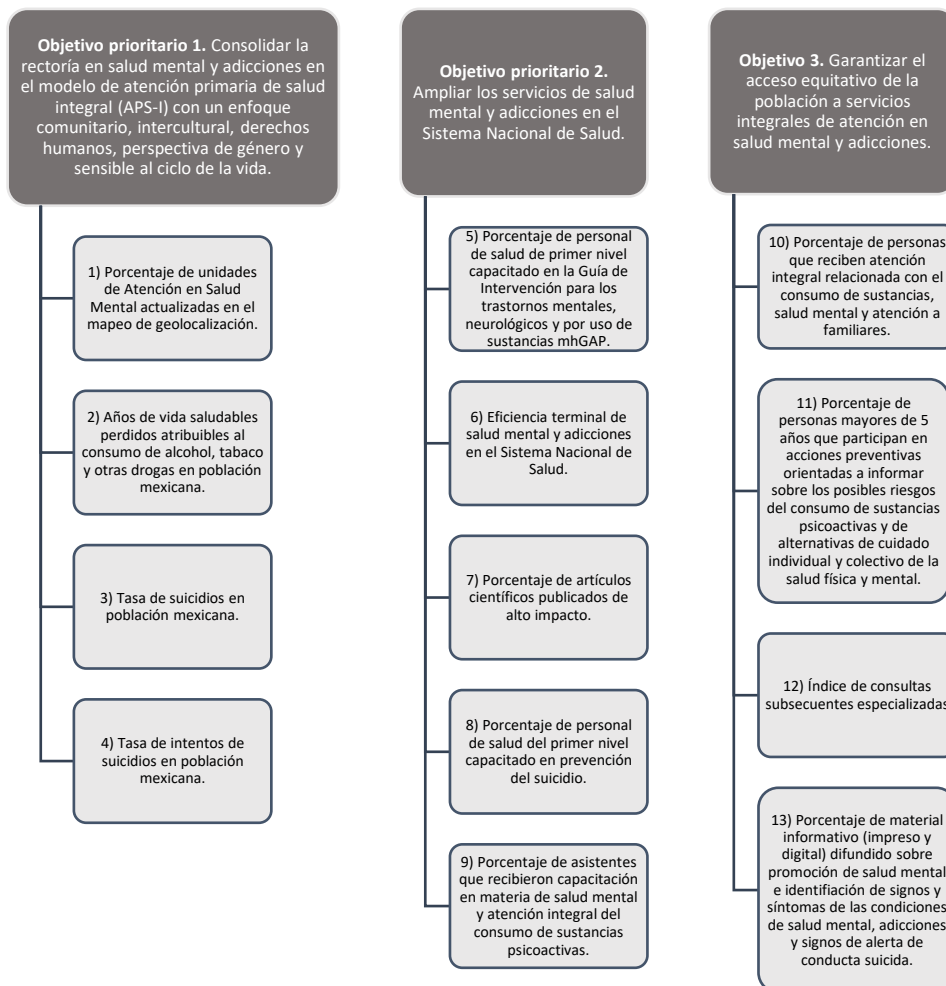
En el caso del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024, cuenta con un total de 13 indicadores que se encuentran articulados y originados por alguno de los objetivos prioritarios que establece el programa (Figura 9). De igual forma, cada uno de ellos tiene alguna de las tres instituciones como responsable de reportar el avance (Cuadro 2), así como las metas cuantitativas que se presentan para cumplir conforme a alguna tasa, porcentaje, o cantidad, según el indicador.

Es pertinente señalar que, en la presentación de los indicadores del programa, se muestra en un gran número de ellos, la falta de datos que preceden el diseño del programa, es decir, los programas de salud mental federales que corresponden a los años anteriores al 2020, por lo que en algunos casos la línea base es cero y no existe algún punto de referencia para conocer con exactitud las metas que se ajusten a la realidad de la problemática actual.

De igual forma, no indica un periodo oficial en el que se diera un informe específico de los indicadores del programa, a pesar de que algunos tienen periodicidad de levantamiento semestral o anual, valdría la pena señalar en qué fechas se daría a conocer la información concentrada del progreso de las metas en un periodo general determinado que permita mayor accesibilidad y entendimiento a la información.

Figura 9.

Objetivos prioritarios e indicadores del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020– 2024.



Fuente: elaboración propia con información del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

4.2.2. Unidades responsables del reporte del avance de los indicadores.

Como se ha señalado con anterioridad, el programa involucra tres unidades gubernamentales que son el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (SCTONSAME), Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Y de acuerdo con los indicadores, cada de una de ella le corresponde reportar ciertos indicadores, tal como se refleja en el Cuadro 2:

Cuadro 2.

Unidades responsables del reporte de avance de indicadores.

Unidad Responsable	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME)	Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)	Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP)
Objetivo prioritario	Indicadores		
1. Consolidar la rectoría en salud mental y adicciones en el modelo de atención primaria de salud integral (APS-I) con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible al ciclo de la vida.	1) Porcentaje de unidades de Atención en Salud Mental actualizadas en el mapeo de geolocalización	2) Años de vida saludables perdidos atribuibles al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en población mexicana.	
	3) Tasa de suicidios en población mexicana		
	4) Tasa de intentos de suicidio en población mexicana.		
2. Ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud.	5) Porcentaje de personal de salud del primer nivel capacitado en la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias mhGAP.	5) Porcentaje de personal de salud del primer nivel capacitado en la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias mhGAP.	5) Porcentaje de personal de salud del primer nivel capacitado en la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias mhGAP.
	8) Porcentaje de personal de salud de primer nivel capacitado en prevención del suicidio.	9) Porcentaje de asistentes que recibieron capacitación en materia de salud mental y atención integral del consumo de sustancias psicoactivas.	6) Eficiencia terminal de médicos especialistas.
			7) Porcentaje de artículos científicos

			publicados de alto impacto.
3. Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones.	10) Porcentaje de personas que recibieron atención integral relacionada con el consumo de sustancias, salud mental y atención a familiares.		
	11) Porcentaje de personas mayores de 5 años que participan en acciones preventivas orientadas a informar sobre los posibles riesgos del consumo de sustancias psicoactivas y de alternativas de cuidado individual y colectivo de la salud física y mental.		
	12) Índice de consultas subsecuentes especializadas	12) Índice de consultas subsecuentes especializadas	12) Índice de consultas subsecuentes especializadas
	13) Porcentaje de material informativo (impreso y digital) difundido sobre promoción de salud mental e identificación de signos y síntomas de las condiciones de salud mental, adicciones y signos de alerta de conducta suicida.		

Fuente: Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024

4.2.3. Resultados preliminares del programa: 4º Informe de resultados del Gobierno de México, 2022.

Con la finalidad de conocer los resultados institucionales en materia de salud mental, se consultó el 4º Informe de Gobierno, que corresponde al año 2022. Ya que, de esta manera se puede generar un aproximamiento hacia los resultados más recientes que se reportan en este ámbito, en cumplimiento del artículo 69 constitucional que obliga al poder ejecutivo a

realizar este informe de resultados. Es importante mencionar que no se encontró algún documento específico de mayor actualización que proporcione el monitoreo y seguimiento de los objetivos que se planteó el Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024, a excepción del informe de resultados del programa sectorial de salud y el Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México que corresponden ambas al año 2021.

Al ser un documento de gran extensión, en la Tabla 4 se esquematizó lo referente a la salud mental y adicciones, así como el señalamiento sobre en qué apartado se coloca de acuerdo con la clasificación de las acciones que respondan a otros sectores diferentes a la de la salud pública.

Tabla 4.

Cuarto Informe de resultados del Gobierno de México en materia de salud mental (2022).

4o Informe de resultados del Gobierno de México en materia de salud mental (2022)			
1. Política y gobierno			
Objetivo general	Objetivos específicos	Instituciones	Acciones
Cambio de paradigma a en seguridad	II. Garantizar empleo, educación, salud y bienestar	Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (SSPC)	Estrategia Constructores de Paz para prevenir el delito y las adicciones a través de oportunidades laborales y capacitación a las y los jóvenes de las comunidades más vulnerables.
		Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS)	Se invitó a incorporarse al Programa Jóvenes Construyendo el Futuro, además de ofrecerles capacitación laboral y apoyo social.
			Se incorporó 6,599 jóvenes y a 922 centros de trabajo del Programa Jóvenes Construyendo el Futuro.

V. Reformular el combate a las drogas	Secretaría de Salud mediante la CONADIC, SAP y STCONSAM E.	137,890 acciones comunitarias en beneficio de 1,761,074 personas como ferias de Paz organizadas por la SSPC, con tamizajes y entrega de información para la prevención de adicciones y promoción de la salud mental.
		56,151 acciones de capacitación para 665, 777 personas en la Guía de intervención del programa de acción para superar las brechas en salud mental.
		174,604 acciones para reducir la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, a través de las 355 Unidades de Especialización Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones, en beneficio de 2,517,329 personas. Se capacitó 10,594 personas del primer nivel de salud en la Guía de intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental de la OMS, para los trastornos mentales neurológicos y por consumo de sustancias.
		Mediante el programa Nacional de Telementoría en Salud Mental y Adicciones se conformaron seis grupos con el tema Diagnóstico y tratamiento de adicciones, con la participación de 153 profesionales de la salud del primer y segundo nivel de atención del 1 de enero al 30 de junio de 2022.
		Atención a 3,217,116 personas para reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas a través de las 335 Unidades de Especialización Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones.
		Se atendieron a 30,274 personas en la Línea de la Vida de la CONADIC en modalidad multicanal (telefonía y redes sociales). Se otorgaron 191 becas completas para tratamiento residencial con duración de hasta tres meses.
		46 visitas de supervisión y verificación a establecimientos que atienden adicciones con modalidad residencial en 13 estados del país, en coordinación con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y sus homólogos estatales, a fin de vigilar el apego a la normatividad vigente y fortalecer la calidad de los servicios se realizaron

1,251 supervisiones por las Comisiones Estatales contra las Adicciones.

	Secretaría de Salud	<p>Se implementaron módulos de prevención en 379 unidades de salud, que atendieron a 267,899 personas, mientras que en el contexto laboral se desarrollaron actividades preventivas que beneficiaron a 205,616 personas de 512 empresas de diferentes sectores productivos.</p> <p>Se capacitó 10,210 integrantes del personal de salud en estrategias de detección temprana de señales de consumo de drogas, derivación a tratamiento y primeros auxilios psicológicos.</p> <p>284,466 acciones de prevención comunitaria, en las que participaron 3,865,577 personas, con el fin de fomentar estilos de vida más saludables y con un proceso autogestivo.</p> <p>En la Segunda Jornada del Programa de Activación Física en línea participaron 2,118 personas. En coordinación con la Fundación Alfredo Harp Helú para el Deporte, se capacitó como promotores deportivos a 169 voluntarios de 95 Unidades de Centros de Integración Juvenil.</p>	
	XI. Coordinaciones nacionales, estatales y regionales	Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (SSPC)	1,702 verificaciones a centros de rehabilitación para adicciones.
	XII. Estrategias específicas	Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (SSPC)	33 pláticas sobre violencia de género, prevención de adicciones, cultura de paz y mediación del conflicto con la participación de 1,439 estudiantes del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica de la Ciudad de México. Se aplicaron 3,590 instrumentos acerca de la percepción de estos temas.
Política Exterior: recuperac	Relación en materia de seguridad	Gobierno de México	Memorándum de Entendimiento sobre Actividades Conjuntas de Cooperación en Materia de Salud Mental y Adicciones:

ión de los principios			Objetivo 1. Proteger a nuestra gente: Pretende atender las adicciones y la salud pública; promover y respetar derechos humanos, fortalecer la prevención de la violencia y desarrollar la policía de proximidad; así como fortalecer la capacidad institucional para reducir la impunidad de los homicidios y delitos conexos.
Migración: soluciones de raíz	Vinculación Comunitaria	Instituto Mexicano en el Exterior (IME)	Atención a 14,295 personas y se implementó un esquema de salud mental para la comunidad mexicana que radica en Europa.
Libertad e igualdad	Protección de niñas, niños y adolescentes	Programa Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (PRONAPINA)	En materia de salud mental, con el objetivo de contribuir al bienestar emocional de las y los adolescentes, se desarrolló un proyecto piloto en cinco entidades federativas para la implementación de un modelo de orientación psicológica virtual para adolescentes.
	Asociaciones religiosas	Secretaría de Gobernación	Curso en línea Salud Mental y Acompañamiento Emocional en contextos de Emergencia Humanitaria.
Política Social			
Programas	Jóvenes Construyendo el Futuro	Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS)	Servicio médico proporcionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). No se reporta ninguna acción específica sobre salud mental.
	Programa Nacional de Reconstrucción	Secretaría de Salud	Se asignaron 333.3 millones de pesos y se ejecutaron ocho acciones de infraestructura en cinco unidades médicas: dos en Ciudad de México, dos en Chiapas y una en Guerrero. No se reporta acción puntual en materia de salud mental y adicciones.
Derecho a la educación	Diseño de la política educativa	Secretaría de Educación Pública	No se reporta acciones puntuales en salud mental y adicciones.
	Tecnologías de la información, conocimiento y de aprendizaje digitales		Se emplearon las nuevas tecnologías de la información mediante MOOC, y se ofrecen en la plataforma Edx, para consolidar el proceso de enseñanza-aprendizaje con recursos educativos de acceso libre; se brindó acceso a 19 MOOC de producción propia en materias de prevención de adicciones, entre otros. Contó con 237,889 participantes.

Salud para toda la población	Mejora continua en los procesos del Sistema Nacional de Salud	Secretaría de Salud	<p>Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) pusieron en operación la Ruta de Atención Médica Continua (RAMC) con servicios de salud mental.</p> <hr/> <p>La estrategia de Brigadas de Apoyo en Salud Mental del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio avanzó en la promoción de la salud mental en las comunidades del país. La estrategia abarcó acciones para alfabetizar y psicoeducar a la ciudadanía, además de detección oportuna de problemas de salud mental.</p> <hr/> <p>Las brigadas estuvieron conformadas 141 brigadas en los estados de México, Yucatán, Hidalgo y Guanajuato.</p> <hr/> <p>5,570,374 consultas médicas a niñas y niños menores de nueve años. No especifica si en salud mental, sin embargo, se menciona en el rubro del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio.</p>
	Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones del SNS.	Secretaría de Salud	<p>20, 104 personas capacitadas principalmente del primer nivel de atención, entre personal médico y paramédico, fueron capacitadas. Este personal incide en la disminución de la brecha de salud mental en la atención de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.</p> <hr/> <p>9, 413 personas capacitadas en conocimientos técnicos y tratamiento en adicciones de personal no profesional que labora en establecimientos residenciales en la atención de adicciones.</p> <hr/> <p>A través del ISSSTE, se capacitaron 143 trabajadores de salud en el programa institucional de Telementoría en salud mental; y en el curso-taller de manejo integral de urgencias en salud mental a 1 mil trabajadores de la salud en los tres niveles de atención.</p>
	Promoción y prevención en la salud	Secretaría de Salud	<p>Gestión de la difusión de 7 campañas por tiempos oficiales sobre salud mental, entre otros temas.</p>
Estrategias en Salud Mental, Atención de adicciones	Secretaría de Salud	<p>Atención de 151, 816 personas (8% más que en igual periodo anterior) en los subprogramas de Consulta Externa, Hospitalización, Consulta Externa Intensiva, Hospitalización y reducción de daño: 34,393 pacientes usuarios; 26,905 familiares de pacientes; y 90,518 personas</p>	

**y
Tratamiento de
VIH/SIDA**

atendidas en otros servicios de salud mental y de apoyo psicosocial.

Del Subprograma de Consulta Externa 148,853 personas fueron atendidas de forma ambulatoria: 32,766 pacientes usuarios de drogas, 25,569 familiares, así como 90,518 personas en otros servicios de salud mental y de apoyo psicosocial tanto por unidades de hospitalización como por las unidades de consulta externa.

415,047 consultas: 23% se efectuaron de manera presencial y 77% a distancia.

Del subprograma de Hospitalizados, fueron atendidos 534 pacientes en la modalidad residencial: 422 de nuevo ingreso, 90 reingresos y 22 correspondieron a ingresos en 2020 y que continuaron internados, así como 857 familiares que recibieron atención paralelamente en la modalidad de consulta externa.

11,327 consultas en el subprograma de consulta externa intensiva (Cd. Juárez, Culiacán, Ecatepec, Ixbalanqué, Naucalpan, Nuevo León, Tijuana y Zapotlán, y la alcaldía de Iztapalapa)

412 pacientes fueron atendidos en el subprograma de mantenimiento y deshabitación mediante la ministración de 170,004 tabletas de matadona; 44 pacientes de nuevo ingreso, 305 de años anteriores y 63 reingresos. Del total, 403 correspondieron a la modalidad de mantenimiento en el servicio de consulta externa y nueva en la modalidad de deshabitación en el servicio residencial.

Intervenciones Preventivas en los Centros de Integración Juvenil (CIJ)

Se atendieron a 3,451,517 niñas, niños y preadolescentes, de tres a 11 años de edad, mediante intervenciones preventivas de acuerdo con la etapa de desarrollo y su rol social.

Secretaría de Salud

Para niños de seis a nueve años se incluyeron alternativas de protección ante situaciones de riesgo asociadas al uso de tabaco y alcohol.

Con las niñas y niños de 10 y 11 años, además, se analizaron situaciones relacionadas con el inicio del consumo de drogas (principalmente, marihuana e inhalables) y técnicas de estudio.

Se actualizó la normativa de espacios propicios para la salud. En específico la ampliación de espacios libres de humo de tabaco y emisiones en sitios públicos, centros de trabajo, transporte público, terminales de transporte, estaciones y paradas, entre otras.

Fusión jurídica, administrativa y operativa de las áreas encargadas de salud mental y adicciones.

Instalación de Mesas Espejo para la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones.

La reconversión del modelo de atención de los Centros de Atención Primaria en Adicciones y del Centro Integral de Salud Mental.

La Comisión Nacional contra las Adicciones presentó el Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México 2021.

Se aplicó 416,667 pruebas de tamizaje: 339,702 fueron para la población adolescente en las que se detectaron a 50,590 jóvenes con factores de riesgo; con ello 22,518 jóvenes tuvieron tratamiento en las unidades de especialización médica-centros de atención primaria en adicciones.

Las pruebas fueron superiores respecto a igual periodo anterior: las de tamizaje, en 114%; las aplicadas a población adolescente, en 149%; en jóvenes con detección de riesgo, en 131%; y en jóvenes que acudieron a solicitar tratamiento, en 177%.

Se proporcionaron 213,346 sesiones de tratamiento: 50,486 fueron consultas de primera vez, que corresponde al primer contacto con el usuario que solicita algún servicio en la unidad de atención y 162,860 consultas subsecuentes. En comparación con el mismo periodo anterior, respecto al total de sesiones de tratamiento (170,926) hubo un incremento de 24.8% y en las consultas de primera vez (33,655) un aumento de 50% al igual que en las consultas subsecuentes (137,271) con 18.6%.

Se difundió la Campaña Nacional contra las Adicciones y Promoción de la Salud Mental, con un nivel de recordación de 51% con lo cual superó en 31 puntos la meta del 20%.

Se implementó en nueve entidades federativas la Estrategia de Reducción de Riesgos y Daños en Personas Usuarias de Sustancias Psicoactivas.

El IMSS participó en la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones "Juntos por la paz". Las acciones para la prevención en el consumo de drogas, alcohol y tabaco.

A través del aplicativo CHKT en Línea se realizaron evaluaciones de riesgo en las siguientes categorías en adolescentes de 15 a 19 años: 8,411 de depresión, 10,399 de ansiedad, 1,622 de alcoholismo, 1,617 de tabaquismo y 1,249 evaluaciones de riesgo de consumo de drogas.

El ISSSTE difundió e implementó dentro del Programa Integral de Salud Mental, la "Guía 20 Manejo Integral de Urgencias en Salud Mental: Código Morado", elaborada con apego a las nuevas disposiciones en materia de salud mental, establecidas en el artículo 74 de la Ley General de Salud Mental. Se implementó en el Centro Médico 20 de noviembre, en 14 hospitales regionales y en 24 hospitales generales, donde se atendieron 386 casos.

Economía

El deporte es salud, cohesión social y orgullo nacional.

Comisión Nacional del Deporte (CONADE)

Se realizó el taller de activación física, inclusión, salud mental y hábitos saludables en ambientes escolares, que atendió a 72 participantes, entre los cuales se encuentran personal y profesores del Instituto Hidalguense del Deporte, sobre inclusión social de personas con discapacidad mediante juegos y actividades predeportivas.

Ciencia y Tecnología

Acceso universal al conocimiento y sus beneficios sociales

Se desarrollan proyectos que conforman la Red de Espacios de Acceso Universal al Conocimiento Científico, Tecnológico, y Humanístico mediante el Arte, donde se fomenta la atención presencial y virtual de familias, niñas, niños, jóvenes y grupos subrepresentados mediante proyectos que abordan temas de humanidades, ciencias, tecnologías, salud, prevención de adicciones y violencia, entre otros.

Inversión de 43.4 millones de pesos se desarrollan 30 proyectos que benefician a 168,773 personas, 25 comunidades indígenas, y se vinculan 191 instituciones públicas y privadas en 18 entidades federativas.

Estadísticas Nacionales

Evolución de las principales causas de muerte por grandes grupos de edad	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	Secretaría de Salud	251
	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	Secretaría de Salud	7,259

Fuente: Cuarto Informe de Gobierno, 2022.

4.2.4. Hallazgos del análisis de la proyección de la evaluación en la formulación del Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

A continuación, se presentan algunos de los elementos que se exponen en la sección anterior, y que son de gran utilidad para aproximarnos a los resultados preliminares que ha tenido este programa en función de los indicadores establecidos para alcanzar las metas y objetivos en materia de salud mental y adicciones durante este periodo, tomando en consideración que, a la fecha de este análisis, el programa aún no ha concluido su periodo de vigencia.

En primer lugar, los indicadores están establecidos de acuerdo con su objetivo prioritario, donde también asigna responsabilidad a la unidad que será la encargada del seguimiento y reporte de avance como se muestra en el Cuadro 2. Sin embargo, llama la atención la relación que tiene lo que se pretende medir (el indicador) con lo que se quiere

lograr (objetivo prioritario), ya que en el caso del objetivo prioritario 1, se orienta la consolidación de la rectoría de la salud mental y adicciones, lo que tiene un sentido, de acuerdo a sus estrategias y acciones expuestas en el diseño, de carácter más institucional e interno, es decir, sobre la gestión y administración dentro de la lógica gubernamental en su coordinación de acciones.

En esta misma línea, sus cuatro indicadores van en función de contabilizar unidades de atención, los años de vida saludables perdidos por causas relacionadas al consumo de sustancias, la tasa de suicidios de la población mexicana, así como la tasa de intentos de suicidios. Por lo que, a pesar de que la información que se recolecta con estos indicadores es muy importante, no responde al cumplimiento del objetivo prioritario 1.

En el caso de los indicadores que corresponden al objetivo prioritario 2, se observa mayor relación entre estos, para medir el avance del cumplimiento de este objetivo, ya que este objetivo va en función de la ampliación de los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud, y los indicadores se centran en medir el avance que se tiene en la capacitación del personal en temas de salud mental, adicciones y suicidio, la eficiencia terminal, y artículos científicos publicados. Las cuales se mencionan dentro de las acciones puntuales que se desglosan a raíz de las estrategias prioritarias.

Sin embargo, no queda claro cómo se medirá el avance de otras acciones propuestas como el trabajo multidisciplinario para la atención en salud, la evaluación de las acciones de organizaciones, la integración de la salud mental en programas de salud pública, la capacitación de prestadores de atención formal e informal en la comunidad, el fortalecimiento de la cooperación del Observatorio Mexicana de Salud Mental y Consumo de Drogas, entre muchas otras.

Finalmente, los indicadores que corresponden al objetivo prioritario 3, se consideran cuatro en total que están enfocados en el porcentaje de personas que reciben atención integran en cuestiones de consumo de sustancias, salud mental y atención a familiares, al porcentaje de personas mayores de 5 que participan en acciones preventivas sobre los riesgos de las sustancias psicoactivas, cuidado individual y colectivo de la salud mental, al índice de consultas subsecuentes especializadas, y al porcentaje de material informativo difundido sobre salud mental, adicciones y conductas suicidas.

Si bien resultan aspectos importantes de los cuales monitorear, no parecen ser suficientes para lograr avanzar en las estrategias que se proponen dentro del objetivo prioritario 3, ya que hay otras acciones que se contemplan, que sería conveniente indicar de qué forma se proporcionará el seguimiento debido ya que son muy importantes al estar enfocadas en grupos específicos de la población como las personas migrantes, personas indígenas, personas de la diversidad sexual o mujeres durante etapas de la vida reproductiva. De igual forma, otras acciones relacionadas con los foros a realizar, los programas de psicoeducación a padres o la instalación de “Clubes por la Paz”.

En lo que corresponde a los resultados preliminares del programa, se centró en la revisión del 4º Informe de Gobierno presentado por el Poder Ejecutivo el día 01 de septiembre de 2022, ya que no se logró encontrar algún documento específico que diera cuenta sobre el seguimiento puntual del avance del programa a través de la presentación de los datos obtenidos en función de los indicadores.

Teniendo en claro lo anterior, se observa que la salud mental y adicciones, estuvieron inmersos en diferentes políticas que el gobierno federal llevó a cabo durante el último año, y tomó en cuenta rubros que el PAE de salud mental y adicciones 2020 – 2024 considera en su

planeación, como los asuntos de migración, del uso de tecnologías de la información, el replanteamiento del paradigma hacia la prohibición de las drogas, entre otros.

En esta presentación se identificaron una amplia variedad de acciones realizadas en favor de la salud mental y adicciones, sin embargo, a pesar de ser valiosos resultados, no logra cumplir uno de los objetivos principales del programa que es consolidar la rectoría de la salud mental, ya que parecen más bien, acciones por parte de las instituciones, con buena intención pero poca coordinación y de carácter aislado con las que tienen la responsabilidad de dirigir la acción en salud mental (STCONSAME, SAP, CONADIC). O en caso de que sí exista una coordinación, sería pertinente la presentación de los avances en materia de este programa, para especificar la participación de estas instituciones en el alcance de estas acciones que reporta el informe, si así fuese, de esta manera se podría observar un liderazgo y coordinación eficiente en la política de salud mental, como se ha propuesto el programa.

Por último, es necesario poner énfasis en la importancia del documento oficial de seguimiento de indicadores para conocer los alcances del programa. Anteriormente se publicaron por el SAP, el diagnóstico operativo del año 2021 y 2022, sin embargo, realizan un recuento de datos que no abarcan como tal los indicadores del programa. También llama la atención que en ninguno de esos documentos (el 4º informe de gobierno y los diagnósticos operativos) exista alguna referencia o mención sobre el Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024.

CONCLUSIONES

Es evidente que la atención a la salud mental ha aumentado el nivel de relevancia en las acciones desde las administraciones federales a través de la creación de políticas y programas que tienen el objetivo de mejorar este rubro de la salud pública, conforme se accede a nuevo conocimiento científico e interés del gobierno y sociedad en general para resolver las problemáticas que surgen de esta falta de atención.

En este sentido, la presente investigación identificó la política pública de salud mental actual en México a través del documento rector denominado como Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones, 2020 – 2024, donde se establecen los objetivos, estrategias, acciones, entre otros aspectos, que buscan mejorar las condiciones de la salud mental en el país.

Retomando las preguntas que permitieron el desarrollo de este trabajo, se halló que el estado actual de la salud mental en México mantiene cifras con poca claridad y con una desactualización que permita conocer con precisión elementos importantes como la prevalencia de los trastornos en la población, sin embargo, sí mantiene cierta constancia en el monitoreo de las cifras sobre los servicios públicos de salud mental que se ofrecen.

Por otro lado, determina con claridad los objetivos, las estrategias y acciones que llevarán a cabo en el marco de la implementación de este programa, así como los actores que se encargan de implementarlas. Sin embargo, los mecanismos para el monitoreo y evaluación del programa no se reflejan con claridad ya que no se encontró algún reporte que dé cuenta del cumplimiento de las metas que se proponen los indicadores.

En esta línea se observa que, en términos generales, el programa ha sido diseñado sobre ciertas bases a partir de acuerdos internacionales, fundamentos normativos, la

consideración de los recursos para su instrumentación, políticas transversales, con el plan nacional y con otros programas vinculados, lo cual refleja una consolidación de las acciones internacionales y nacionales en priorizar la atención gubernamental en estos temas.

De esta manera, se identifica un robusto fundamento para su diseño e implementación, atendiendo la evidente necesidad de proporcionar resultados ante esta problemática. Sin embargo, a pesar de toda la base sobre la que se ha construido no se refleja dentro de los resultados finales que brinda el propio gobierno sobre esta materia, así como la escasa claridad sobre la asignación presupuestal que requiere y la que realmente se otorga.

Retomando las cifras que se pudieron encontrar sobre el estado actual de la salud mental en México, se ha evidenciado que a lo largo de las décadas se realizaron esfuerzos similares desde la administración pública federal para contener las consecuencias que se desatan a raíz de ésta, donde también se reflejan aspectos similares en la conceptualización de la problemática de salud mental, pero que también se refuerzan los elementos para disminuir aspectos relacionados al estigma que persiste alrededor del tema.

A raíz de este análisis se destaca sobre el planteamiento de la problemática en la que se establecen claramente los aspectos que la administración pública carece desde tiempo atrás y que no ha logrado atender con precisión, y cómo sobre esta lógica se ha construido el problema que se refleja en el programa orientándose en términos operativos e institucionales para el funcionamiento de los servicios que el estado ofrece en esta materia.

De igual forma, dentro del análisis se localizaron los elementos que proyectan la implementación de las estrategias, donde considera aspectos importantes como las diferencias y condiciones de las regiones del país, y la importancia de emplear herramientas tecnológicas para lograr un mayor alcance en las acciones. Asimismo, se expuso sobre lo

correspondiente a la proyección de la evaluación que se observó en la revisión de los resultados disponibles y la relación con los indicadores que se plantearon para el programa.

Expuesto lo anterior, a raíz de esta investigación se destacan ciertas recomendaciones para la formulación y diseño, que podrían ser de utilidad en las actualizaciones de este programa, o la creación de otros nuevos que busquen atender los asuntos sobre la salud mental:

- 1) Fortalecer la capacidad rectora de las instituciones que tienen la responsabilidad de brindar los resultados que espera el programa para el cumplimiento de los objetivos establecidos.
- 2) Profundizar en la justificación del abordaje simultáneo de la política sobre la salud mental y las adicciones, y establecer una articulación más evidente entre las estrategias y acciones que se propone.
- 3) Priorizar la participación de los actores del sector público, organización civil, académico y usuarios, dentro de la formulación de la problemática y el diseño.
- 4) Establecer mecanismos claros sobre la participación de los actores dentro de las estrategias de salud mental contempladas en el programa.
- 5) Elaborar un reporte público anual sobre las estrategias, acciones, y resultados de los indicadores para el seguimiento del programa que facilite el acceso a la información para la evaluación del programa.
- 6) Proporcionar claridad sobre el recurso que se destinará a las acciones para la salud mental, y cómo se ejecutará en función del programa durante el año o el tiempo total de la vigencia del programa a través de una proyección presupuestal que

supere el 2% del presupuesto en salud, como lo sugieren los organismos internacionales.

- 7) Dar énfasis en los objetivos, estrategias y acciones, que están orientados a la generación de conocimiento científico y apoyo a investigación que permita tener información actualizada para los programas orientados a la atención de la salud mental.

Los hallazgos obtenidos a través del análisis realizado en este trabajo se pueden utilizar para futuras investigaciones en torno a las políticas públicas de salud mental, que aporten a la discusión sobre la formulación de la problemática de salud mental que se establece en la perspectiva de la administración actual, la cual a su vez orienta las alternativas en el diseño de políticas y programas.

Como se ha mencionado en repetidas ocasiones durante esta investigación, la problemática de la salud mental es un tema complejo, que requiere muchas perspectivas que unifiquen una visión que oriente la acción gubernamental, sustentada en los avances científicos en materia de salud pública y de administración, así como los fenómenos relacionados con aspectos de la sociedad como los estigmas, la discriminación, la desinformación, entre otras. Las cuales cada una de ellas brinda líneas de investigación de donde sus hallazgos promueven la consolidación de conocimiento científico, útil para la generación de nuevas estrategias dirigidas a atender la salud mental de la población.

Es fundamental que la investigación en políticas de salud mental siga desarrollándose para conocer a profundidad las múltiples causas que pueden estar impidiendo obtener resultados de mayor impacto. Esto a través de estudios de políticas comparadas con otros países, análisis de políticas locales, evaluaciones de implementación, de impacto, de

resultados, entre otras líneas que serían de gran utilidad para fortalecer las acciones para mejorar la calidad de las políticas de salud mental en México.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, L. F. (2008). Un marco para el Análisis de las Políticas Públicas. *Administración & Ciudadanía*, 3, 1–28.

Aguilar, L. F. (2012). *Política pública*.

http://data.evalua.cdmx.gob.mx/docs/estudios/i_pp_eap.pdf

Alcántara, G. (2008). La definición de la salud. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93–107.

Arcaya, M. Arcaya, A. Subramanian, S. (2015). Desigualdades en salud : definiciones , conceptos y teorías. *Revista Panameicana En Slud Publica*, 38(4), 261–271.

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf>

Asociación Mexicana de Psiquiatría A.C. (2022). *Fundación e historia*.

<https://psiquiabrasapm.org.mx/fundacion-e-historia/>

Avila Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salus.

Acta Médica Costarricense, 51(2), 71–73. <https://doi.org/10.51481/amc.v51i2.222>

Bardach, E. (2001). *Los 8 pasos de las políticas públicas* (p. 150).

Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry (Ed Esp)*,

6(2), 113–116.

Campo-arias, A., & Suárez-colorado, Y. (2019). ¿Es el suicidio un evento prevenible?

Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud, 51(3), 197–199.

<https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019002>

De la Fuente, J. R., & Heinze, G. (2014). *La enseñanza de la Psiquiatría en México*. 37(6),

523–530.

De la Fuente, R. (1988). Semblanza de la salud mental en México. *Salud Publica de Mexico*, 30(6), 861–871.

Delgado, L. (2009a). El enfoque de las políticas públicas. *Consejería de Administraciones Públicas*, 14–15.

Delgado, L. (2009b). Las políticas públicas . El ciclo de las políticas públicas . Clases de políticas públicas . Eficacia , legalidad y control . Indicadores de gestión. *Documentación Sobre Gerencia Pública*, 1–15.

Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental : hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educación Social : Revista de Intervención Socioeducativa*, 75, 17–45.

Diario Oficial de la Federación. (1984). *Ley General de Salud*.

[https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.ta
b=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0)

Elder, C., & Cobb, R. (1993). *Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos* (L. F. Aguilar (ed.); Vol. 13, Issue 1, pp. 104–116).

Estramiana, J. L. Á., Luque, A. G., & Gallo, I. S. (2010). Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333–348. <https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>

Fontaine, G. (2017). *El Análisis de Políticas Públicas : Conceptos , Teorías y Métodos* (Issue July).

- Gutiérrez, A., Contreras, C., & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental, 29*(5), 66–74.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252006000500066&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-66.pdf
- Gutiérrez, R. (2021). Evolución de la psiquiatría: de manicomios a instituciones de salud mental. *Gaceta UNAM*.
- Harguindéguy, J. (2013). *Análisis de políticas públicas*. ANAYA.
- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 34*(2).
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, 89*, 67–77. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352004000100005>
- Knill, C., & Tosun, J. (2020). *Public Policy. A new introduction*. Mamillan Education UK.
- Lasswell, H. (1951). La orientación hacia las políticas. In *El estudio de las políticas públicas*. Miguel Angel Porrúa.
- Leiva- Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública, 45*, 1.
<https://doi.org/10.26633/rpsp.2021.158>

Méndez, J. L. (2020). *Políticas públicas. Enfoque estratégico para América Latina*. Fondo de Cultura Económica, El Colegio de México.

National Institute of Mental Health. (2021). La Esquizofrenia. In *La psicoterapia al alcance de todos*. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt7x7nn.21>

Navarro, V. (1998). Concepto Actual De Salud Pública. *Salud Pública*, 49–54.

Olavarría, M. (2007). *Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas* (E. lo Díaz-Tendero (ed.)). Universidad de Chile.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Sistema de salud: principios para una atención integrada. *Informe Sobre Salud En El Mundo*, 115–146.

[file:///C:/Users/jacop/OneDrive/Documentos/MATERIA 3/Sistemas de salud Atencion integrada.pdf](file:///C:/Users/jacop/OneDrive/Documentos/MATERIA%203/Sistemas%20de%20salud%20Atencion%20integrada.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. <https://doi.org/10.35305/cp.vi1.248>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastornos mentales*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Prevención del suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Organización Mundial de la Salud. (2021c). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. In *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*.

Pileño Martínez, M. E., Morillo Rodríguez, F. J., Salvadores Fuentes, P., & Nogales Espert, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 13, 29–35. <https://doi.org/10.14198/cuid.2003.13.06>

- Rentería-Rodríguez, M. (2018). Salud mental en adultos. In *INCyTU* (Vol. 7, Issue 55).
https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Rodríguez-Yunta, E. (2016). Determinantes Sociales De La Salud Mental. Rol De La Religiosidad. *Persona y Bioética*, 20(2), 192–204.
<https://doi.org/10.5294/pebi.2016.20.2.6>
- Roth Deubel, A.-N. (2008). Theoretical Perspectives for the Analysis of Public Policies: From Scientific Reason to Rhetorical Art? *Estudios Políticos*, 33, 67–91.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: the stone of madness. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(1):143-48., 29(1), 143–148.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
- Secretaría de Salud México. (2022). *Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024*. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Suárez, M. Z., Montes, M. G., Jarabo, D. S., & Forteza, G. L. (2015). Bipolar disorder. *Medicine (Spain)*, 11(85), 5075–5085. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.08.003>
- Tamayo, M. (1997). Análisis de Políticas Públicas. In R. Bañón & E. Carrillo (Eds.), *La nueva administración pública* (Vol. 37, pp. 281–311).
- Toledo, G. (2005). Fundamentos de salud pública 1. In *Cuba. La Habana.: Editorial Ciencias ...* [http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/espmedica/libros/Fundamentos de Salud Publica 1.pdf](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/espmedica/libros/Fundamentos%20de%20Salud%20Publica%201.pdf)